

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

POUR LE

No

257

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

VACCARO NATALE

Né le 23 Janvier 1881 à Messine (Italie)

**ESTOMAC BILOCULAIRE
PAR ULCÈRE**

Résultats éloignés de 24 interventions

Président de Thèse : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE N. DANZIG
26, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS

1927

257

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

25

THESE

POUR LE DOCTORAT

EN MEDICINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'État)

PRÉSENTÉE PAR

VACCARO NATALE

Né le 23 Janvier 1881 à Messine (Italie)



ESTOMAC BILOCLAIRE PAR ULCÈRE

Résultats éloignés de 24 interventions

Président de Thèse : M. A. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE N. DANZIG

26, RUE DES FRANCS-BOURGEOIS

1927

THESE

Année 1921

DOCTORAT EN MÉDECINE

VATCARO NATALIS



Résultats cliniques de 24 interventions

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
	RANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.	Pathologie médicale.	HOVELACQUE ..	Anatomie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	JOYEUX.	Parasitologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
BASSET.	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgic.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BINET.	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngol.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL. ...	Obstétrique.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
CADENAT.	Pathologie chirurgic.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY.	Histologie.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MOCQUOT.	Pathologie chirurgic.
DEBRÉ.....	Hygiène.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic.
I. de JONG	Anatomie patholog.	MOURE	Pathologie chirurgic.
DUVOIR.	Médecine légale.	MULON	Histologie.
ÉCALLE.	Obstétrique.	PHILIBERT.	Bactériologie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	RICHET Fils.	Physiologie.
GARNIER.	Pathologie expérim.	TANON.	Pathologie médicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER. ..	Urologie.	VERNE	Histologie.
	VILLARET.		Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTNERER.	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LERI.	Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	LÆPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL		PROUST	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique méd. infant.		

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCALIRE, agrégé ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE
MA MÈRE — MON PÈRE — MON FRÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Grand Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me suggérer l'idée de ce travail et me permettre de consulter les documents de son Service et qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il reçoive ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et mes vifs remerciements.

A M. LE PROFESSEUR ROGER
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

En témoignage de mon respect le
plus profond.

A LA MÉMOIRE
Du DOCTEUR CHARLES FOIX
Prof. Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a donné tant de preuves de
son amitié.
Regrets éternels.

A M. LE DOCTEUR G. LOEWY
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a aidé constamment de ses
conseils ainsi que dans la mise au
point de cette thèse. Je le prie de
croire à toute ma gratitude.

A MM. LES DOCTEURS LEDOUX-LEBARD ET CALDERON
Chargés de Cours de Radiologie Clinique

Qui ont bien voulu se charger du
contrôle radioscopique, je les prie de
trouver ici l'expression de toute ma
reconnaissance.

INTRODUCTION

Les biloculations gastriques dont il est question dans cette étude, sont toutes des déformations permanentes de l'estomac, par sténose de la Grande courbure dans le plan d'un ulcère de la petite courbure.

Le traitement de ces sténoses est avant tout chirurgical. Lorsque la sténose médiogastrique n'est pas définitivement constituée, un traitement médical neutralisant est susceptible d'avoir un effet thérapeutique ; lorsque la sténose est cicatricielle, le traitement ne peut être qu'opératoire.

Un grand nombre de procédés opératoires ont été proposés (1) : des *plasties*, avec ou sans excision de l'ulcère ; des *anastomoses* : Gastroentérostomie, Gastrogastrostomie ; des *résections* : résection médiogastrique, Gastropyloréctomie.

Il est impossible de dire avant l'intervention quelle opération sera pratiquée, le procédé chirurgical à employer dépend de nombreux facteurs, l'existence ou non d'un ulcère en activité, la mobilité de la portion gastrique sténosée, le siège de l'ulcère et partant de la sténose (volume comparatif des deux poches), les conditions du pylore (perméabilité ou sténose), l'état général du sujet.

Ceci étant posé même dans des cas moyens : ulcère unique siégeant sur la partie moyenne de la petite courbure, adhérences restreintes, pylore perméable, on peut hésiter entre plusieurs bons procédés.

Si la tendance du chirurgien est, à tout prix, vers l'excision de l'ulcère, les résections médiogastriques, annulaires, « en manchette », les gastrectomies plus ou moins étendues seront pratiquées. Si l'on admet qu'une bonne dérivation, un bon drainage peut guérir l'ulcère, on aura recours à des opérations plus bénignes, Gastrogastrostomies, Gastroentérostomies.

Or il n'est pas prouvé que les gastrectomies soient supérieures aux anastomoses.

Nous voudrions, à cet égard, donner à la question toute l'ampleur qu'elle mérite, et, pour cela, il nous faudrait citer et comparer tous les travaux et statistiques que les auteurs français et étrangers ont publiés sur ce sujet ; mais l'étendue que prendrait la question nous ferait sortir des limites du cadre restreint que pour le moment nous voulons lui donner. Par conséquent, en nous réservant de la développer avec plus de détails dans un travail ultérieur, nous nous bornerons dans cette

(1) Voir figures hors-texte.

étude à exposer et analyser les résultats éloignés de 24 interventions chirurgicales pour estomac biloculaire par ulcus, effectuées dans le service de Clinique Chirurgicale du Professeur GOSSET, résultats contrôlés pour la plupart par un examen médical et chaque fois qu'il a été possible, par un examen radiologique.

Pour connaître les véritables conditions actuelles de nos opérés, nous avons suivi un plan que nous résumons schématiquement ainsi :

A) 1^o Relater les observations complètes de chaque cas avec énumération détaillée des troubles fonctionnels avant l'opération : (douleurs, vomissements, hémorragies, etc...), de l'état physique avec examen radioscopique afin de connaître quelles modifications ont subi l'état fonctionnel général et local après l'intervention, c'est-à-dire s'il y a eu guérison ou amélioration, ou *statu quo ante*, ou enfin aggravation de symptômes.

Les opérés qui n'ont pu se représenter à l'examen médical ont reçu un questionnaire sur l'état de leur santé depuis l'opération.

2^o Comparaison avec les résultats publiés par les Cliniques Chirurgicales les plus importantes de France et de l'étranger.

B) Synthèse de ces faits, et essai de déterminer à leur lumière, quel procédé opératoire donne le meilleur résultat.

Etiologie.

Des 24 cas d'estomac biloculaire par ulcère que nous publions, 23 ont été observés chez la femme, un seul chez l'homme. Bien que la fréquence de l'ulcère gastrique soit plus grande dans le sexe féminin, la proportion des biloculations chez la femme est remarquable et a été notée par différents auteurs, entre autres le Docteur LE NOIR, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'âge n'offre pas de particularités, il est celui que l'on constate habituellement par les ulcères de la petite courbure ayant évolué plusieurs années.

Anatomie pathologique.

Envisageant celle-ci au point de vue purement chirurgical, nous considérerons la sténose médiogastrique et l'ulcère de la petite courbure.

a) La sténose médiogastrique a été sur 24 cas, située :

- 6 fois à la partie moyenne ;
- 15 fois plus près du cardia ;
- 3 fois plus près du pylore.

La poche supérieure n'a donc été plus grande que la poche pylorique que 3 fois seulement.

Des adhérences périgastriques, parfois épiploïques brident fréquemment la Grande courbure et la face antérieure de l'estomac et elles doivent être libérées et sectionnées pour permettre d'inspecter la biloculation proprement dite.

L'existence de la biloculation peut être méconnue lorsque la poche cardiaque est exigüe et qu'on pratique la faute de ne pas prolonger l'exploration à gauche vers la grande tubérosité de l'estomac.

b) *L'ulcère de la petite courbure*, cause de la biloculation, occupe le même siège que celle-ci, sur lequel nous ne reviendrons pas.

Ses dimensions lorsqu'elles sont très grandes, surtout celles du cratère, doivent faire suspecter une transformation maligne.

Les adhérences postérieures, au pancréas surtout, ont une importance capitale au point de vue chirurgical; de leur étendue dépend l'acte opératoire.

L'ulcère de la petite courbure, cause de la biloculation, peut se perforer en péritoine libre. On se demande comment cette perforation n'est pas plus fréquente, étant donné que l'ulcère situé au niveau de la portion gastrique rétrécie, reçoit ou est baigné par toute l'acidité de la poche cardiaque, la poche sécrétrice d'acide.

c) *Existence de plusieurs ulcères.*

Il peut exister, dans un dixième des cas en dehors de l'ulcère de la petite courbure, un ulcère pylorique. Cette disposition entraîne des modifications importantes du traitement chirurgical. Si l'on ne se tient pas sur ses gardes, on peut ne voir que la poche pylorique volumineuse et méconnaître la poche cardiaque supérieure.

Symptomatologie.

Depuis que les malades présentant des douleurs gastriques sont vus de bonne heure et soumis à un examen radioscopique précoce, les signes physiques, dont les anciens auteurs ont donné des descriptions si minutieuses, ont perdu beaucoup de leur importance.

Actuellement le diagnostic est posé par les rayons X.

Les malades présentent deux ordres de symptômes : ceux de l'ulcère de la petite courbure surtout *cliniques* ; ceux de la biloculation surtout *radioscopiques*.

En général, il s'agit de malades ayant un long passé gastrique :

crises périodiques séparées par des intervalles de calme absolu. Au cours des crises, douleur épigastrique, en broche, survenant une à deux heures après les repas, avec irradiations dorsales d'autant plus marquées que l'ulcère est plus adhérent. Accalmie par l'alimentation en petite quantité et les alcalins.

Les vomissements sont plus fréquents dans l'ulcère avec biloculation que dans l'ulcère simple.

Les signes physiques de la biloculation ont été décrits dans tous les traités avec un luxe de détails.

Nous rappellerons simplement : le durcissement intermittent de l'hypocondre gauche et la dilatation gastrique de cette région (GOSSET), le signe de Jarowski, persistance d'un bruit de clapotage dans la poche pylorique après évacuation à la sonde de la poche cardiaque ; les anomalies du lavage de l'estomac ; la quantité de liquide retirée étant très inférieure à la quantité injectée par suite du passage du liquide dans la poche pylorique où ne pénètre pas la sonde ; enfin le syndrome de Bouveret dû à un inégal développement des poches gastriques après insufflation de l'estomac.

L'examen radioscopique est capital ; il comprend trois stades :

- 1^o Elimination des fausses biloculations ;
- 2^o Elimination des biloculations spasmodiques ;
- 3^o Le diagnostic des biloculations permanentes.

Le radiologiste reconnaîtra les fausses biloculations par aérocolie et dislocation à chute verticale de l'estomac respectivement, à la présence de l'air dans le colon gauche et à la disparition de la biloculation par la sangle abdominale.

L'épreuve de la belladone permettra d'éliminer la biloculation par spasme. Le diagnostic avec l'estomac syphilitique en haltère peut parfois être délicat. L'isthme de l'estomac syphilitique est long, étroit, régulier, sans niche visible.

Enfin la biloculation endogène par cancer développé dans la lumière gastrique pourra être difficile en l'absence de niche et quand une masse d'adhérences de périgastrite masquera la région. L'isthme dans le cas de cancer de l'estomac est long, irrégulier, à parois rigides.

Enfin l'examen fournira des renseignements sur l'état du pylore, sa plus ou moins grande perméabilité à la bouillie barytée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame D..., 52 ans. Entrée le 17 février 1921, sortie le 18 mars 1921.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

G. E. A. avec anse longue. Guérison.

Début il y a 17 ans (1905) par douleurs au creux épigastrique s'irradiant dans le dos et l'épaule, calmées par lait tiède, augmentées par fatigue, survenant tout de suite ou 2 heures après les repas, tous les jours pendant 6 ou 7 ans. Jamais de vomissements.

1912. Aggravation des symptômes douloureux, régurgitations glaireuses.

1918. Douleur non localisée, irradiant dans la région dorsale, calmée par position couchée sur côté gauche, survenant à n'importe quelle heure et durant un quart d'heure.

Mars 1920. Laparatomie exploratrice.

Diagnostic opératoire. — Ulcère dégénéré petite courbure. Ulcère adhérent au foie et au méso-colon transverse, pylore perméable. Grosse masse indurée du volume d'une orange.

Juillet 1920. La malade continue à souffrir ; une radio faite montre un estomac biloculaire (Docteur PARMENTIER).

En février 1921, douleurs plus marquées dans la région abdominale, calmées par le lait, presque sans accalmie, même la nuit, irradiées dans le dos et dans la région lombaire. Contractions péristaltiques ; on se demande s'il y a sur le grêle une sténose, ou si une anse du grêle est englobée dans des adhérences périgastriques. Pas d'inégalité pupillaire, réflexes normaux, pas de leucoplasie buccale, deux fausses couches, B. W. négatif.

Réaction de Weber et de Meyer positives (24 février 1921).

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 2 MARS 1921.

Opérateurs : Professeur GOSSET ; aides : Docteurs CHARRIER et SOUPAULT. Anesthésie à l'éther 26'.

Diagnostic opératoire. — Ulcère petite courbure. Estomac biloculaire.

Nature de l'intervention. — G. E. A. sur la poche cardiaque (la plus petite). Laparatomie médiane sus ombilicale. On trouve un estomac biloculaire dilaté avec un gros ulcère sur la petite courbure adhérent à la face inférieure du foie. On partirait pour une G. E. P. si, en soulevant la lèvre gauche de l'incision on ne constatait un estomac biloculaire avec une petite poche supé-

rieure, une grosse poche inférieure, entre les deux, un rétrécissement extrêmement marqué ; il devait exister lors de la première intervention et a passé inaperçu, car on n'a pas fait l'exploration assez à gauche. On hésite entre une Gastro-gastronomie et une Gastro-entérostomie sur la poche supérieure. La poche inférieure est distendue, la musculature n'est pas très forte. On se décide à faire une G. E. A. précolique, en se basant sur le fait que les aliments ne continuent pas à passer par la poche inférieure où se trouve l'ulcère adhérent au foie jusqu'au pylore. On est un peu gêné par les petites dimensions de la poche supérieure, on fait une anse longue. Pour éviter une coudure, on fixe l'anse descendante à quelques centimètres de l'anastomose sur la poche inférieure. Fermeture de la paroi en deux étages, soies sur la peau.

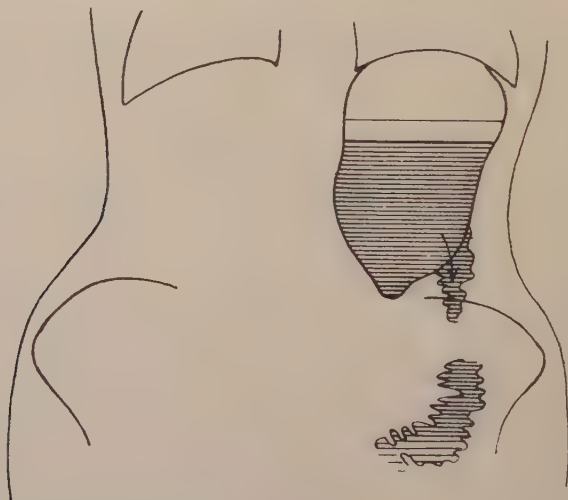


FIG. 1.

Malade revue le 24 mai 1921. Etat très satisfaisant, digestion parfaite sans douleurs, augmentation de poids (49 kg. 700 habillée, avant l'opération, 42 kg.) Plus d'éruptions acides, plus de douleurs, les nuits qui autrefois étaient très redoutées se passent sans douleurs.

Revue le 9 avril 1927. Pas de troubles gastriques depuis l'opération.

Bon état de santé actuel. Digère presque tous les aliments. A engraisé encore de 5 kg. (54 kg.)

Radioscopie le 9 avril 1927. (Docteur LEDOUX-LEBARD). — A l'écran, on constate après l'ingestion d'un lait baryté, une image gastrique réduite à la poche supérieure de la biloculation sans que l'on puisse, par la palpation ou par les changements de position, voir se dessiner la poche inférieure ni le canal d'union.

Presque aussitôt après le remplissage, on voit se détacher de la grande courbure un peu au-dessus du bas-fond de la poche gastrique une anse grêle à direction descendante par laquelle se fait une évacuation lente ou un drainage lent de l'estomac.

Quelque temps après le début de l'examen, il existe une couche de liquide clair haute de un travers de doigt.

La bulle d'air est un peu volumineuse et surélève légèrement la coupole diaphragmatique gauche.

Péristaltisme peu visible sur la poche supérieure. Evacuation gastrique paraissant lente.

OBSERVATION II

Madame P..., 61 ans. Entrée le 15 mars 1921, sortie le 23 avril 1921. Ulcère ancien petite courbure. Biloculation de l'estomac.

G. E. P. transmésocolique-antipéristaltique sur poche supérieure. Guérison.

Mère 90 ans. Père mort à 84 ans.

Mariée ; enfants en parfaite santé ; autrefois bien réglée ; ménopause il y a 18 ans (42 ans). Entre à la clinique pour douleurs gastriques, vomissements, hématomés.

Début il y a 30 ans par douleurs gastriques, crampes, brûlures et vomissements. Hématémèses fréquentes, d'abondance variable.

Evolution par crises espacées de quelques semaines à quelques mois, séparées par des intervalles de calme relatif. Exagération depuis quelques mois. Douleurs, trois ou quatre heures après les repas, siège épigastrique (ligne médiane et à droite), irradiation dorsale, très violentes, exagérées par le moindre contact, calmées momentanément par vomissements, non calmées par alcalins.

Vomissements : 1^o) 3 ou 4 heures après les repas terminant la crise douloureuse, contenant des aliments digérés depuis 2, 3 jours et plus ; 2^o) le matin à jeun : aqueux mais avec quelques débris alimentaires. Hémorragies fréquentes, parfois très abondantes, 5 à 6 importantes, la dernière il y a 3 ans, avec melaena.

Signes physiques. — Estomac abaissé (poche supérieure), clapotage à jeun atteignant l'ombilic ; diarrhée habituelle.

Suc gastrique à jeun : stase ; après repas d'épreuve : HCL : 0,90 ; acidité totale : 2,00.

Examen radiologique. — Sténose médio-gastrique par ulcus ancien (avec cicatrisation fibreuse). Rétention dans la poche inférieure (spasme du pylore ?)

Canal de jonction au niveau de la petite courbure.

Conclusion. — Estomac biloculaire permanent par ulcère ancien petite courbure.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 27 AVRIL 1921.

Diagnostic opératoire. — E. B. par ulcus, pas de lésion au pylore.

Opérateur : Professeur GOSSET.

Nature de l'intervention. — G. E. P. transmésocolique, antipéristaltique. Laparatomie médiane sus-ombilicale. On voit un estomac biloculaire typique avec un ulcère de la petite courbure, une poche supérieure plus large que la poche inférieure, le pylore est normal. On fait une G. E. P. sur la poche supérieure à la soie, antipéristaltique. On fixe le mesocolon par deux points, un à droite et un à gauche, il était déjà fixé en arrière. Vésicule biliaire normale. On laisse l'appendice (étant donné que la lésion gastrique suffit à expliquer les douleurs de la malade). On change de gants et on ferme la paroi à la soie par points séparés : un étage en bas ; deux étages à la partie supérieure de l'incision. L'anesthésie rachidienne a été très bonne avec quelques efforts de vomissements de la malade.

Suites opératoires parfaites.

Ecrit en mars 1927. Aucun trouble depuis l'opération ; pas de douleurs ; bon état de santé actuel. Digère bien presque tous les aliments surtout les pâtes et les viandes grillées. A engraisé de 4 kg.

A quitté Paris : pas de contrôle radioscopique.

OBSERVATION III

Madame T..., ménagère, 45 ans. Entrée le 14 juin 1921, sortie le 18 août 1921.

Ulcère petite courbure. Commencement de biloculation. G. E. P. sur poche supérieure. Guérison.

Début il y a 10 ans ; aggravation depuis 6 semaines. Douleurs gastriques une demi-heure après les repas, calmées par application de compresses chaudes et par vomissements.

Vomissements abondants de stase, contenant des aliments ingérés 2 et 3 jours avant, filets de sang. Quelquefois, vomissements noirâtres, glaireux. Pas d'hématémèses de sang rouge. Anorexie très marquée, sans anorexie élective. Amaigrissement de 10 kg. Poids : 29 kg.

Examen. — Masse du volume d'un œuf sous le rebord des cartilages costaux gauches douloureuse à la pression, mobile sur les plans profonds, disparaissant après l'ingestion d'aliments. Pas d'adénopathie. Organes normaux.

Système nerveux : réflexes rotuliens un peu exagérés, achilléen et pupillaire normaux. A quatre ans, paralysie infantile, ayant laissé atrophie au

membre inférieur gauche avec pied bot talus équin. Huit enfants : deux morts, cinq bien portants, une fillette de 12 ans avec adénopathie chronique.

Radio. — Estomac de forme biloculaire peut-être spasmodique avec petit diverticul.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 5 JUILLET 1921.

Opérateur : Professeur GOSSET ; aide : Docteur LOEWY. — Anesthésie rachidienne 21 m'.

Diagnostic opératoire. — Ulcus petite courbure adhérent à la face inférieure du foie. Commencement de biloculation.

Nature de l'intervention. — G. E. P. isopéristaltique.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. On explore l'estomac et on voit un ulcère de la petite courbure adhérent au foie, l'épiploon a bouché la per-

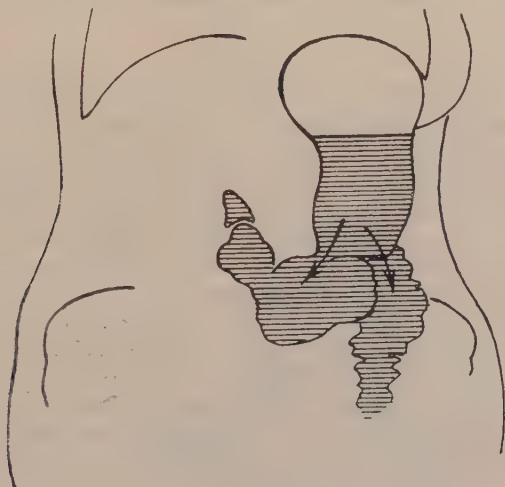


FIG. 2.

foration. Rien au pylore. Il y a un commencement de biloculation. On fait une G. E. P. transmésocolique sur la poche supérieure, à la soie ; très mauvaise paroi, très mince. On ferme à la soie en un seul plan près de l'ombilic, en deux à la partie supérieure.

Opérée revue le 9 avril 1927. Aucun trouble gastrique après l'opération. De temps en temps après les repas, sensation de pesanteur au creux épigastrique, mais pas de douleurs. Quelques renvois acides. Pas de vomissements. Jamais d'hématémèses. Digère presque tous les aliments, aucune douleur à la palpation de l'abdomen. A engraisé de 5 kg.

Radioscopie le 9 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Le liquide opaque remplit la poche supérieure de l'estomac qui présente une forme

triangulaire. Au niveau de la petite courbure, on voit se dessiner un étroit canal de communication un peu sinueux par lequel le liquide opaque passe assez lentement dans la poche inférieure. Presque aussitôt après l'arrivée de la gélobarine dans cette poche, l'anse anastomosée se dessine, elle n'est pas dilatée, la palpation la montre mobile et non douloureuse. Au bout de quelques minutes, la réplétion des deux poches est sensiblement égale ; le canal de communication paraît élargi et l'image gastrique se rapproche de celle d'un estomac normal, avec incisure des deux courbures à la partie moyenne.

OBSERVATION IV

Madame B..., journalière, 28 ans. Entrée le 14 juin 1921, sortie le 13 juillet 1921.

Ulcère petite courbure avec biloculation.

G. E. P. isopéristaltique, sur poche supérieure. Guérison.

Depuis toujours, la malade se plaint de l'estomac ; digestions lentes, pesanteur abdominale après les repas. Vers l'âge de 14 ans, elle commence à souffrir réellement. Douleurs très intenses sous forme de brûlures, d'horaire irrégulier, à siège épigastrique, irradiation dorso-lombaire, calmées par l'ingestion d'aliments ou magnésie, pyrosis, renvois acides ; deux hématemèses il y a 8 ans, noires, très abondantes, mélaena. Pas de vomissements, constipation. Depuis cette époque, évolution irrégulière. Pas de crises, longues périodes de calme. Mélaena. Depuis 2 ans, la malade allait mieux. Il y a 6 mois, elle recommença de souffrir dans le dos et en ceinture plutôt que de l'estomac. Vomissements très abondants, alimentaires et muqueux, très acides ; durée 15 jours ; constipation, pyrosis, amaigrissement 7 à 8 kg. Anorexie. Réglée à 15 ans, régulièrement avec un peu d'avance ; règles abondantes durant 4 jours ; pas de retentissement sur l'estomac. Mariée, pas d'enfants, aucune grossesse.

Examen. — Point douloureux épigastrique médian, défense musculaire.

Radio. — Image diverticulaire très nette au remplissage et qu'on double bien en position oblique.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 22 JUIN 1921.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 21 m'.

Diagnostic opératoire. — Ulcus petite courbure. Estomac biloculaire.

Nature de l'intervention. — G. E. P. sur poche supérieure.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. On explore et à trois transverses de doigts du pylore, on voit un ulcère de la petite courbure avec rétraction de la grande courbure, prise sur le vif du processus qui aboutit à l'estomac biloculaire. Le pylore est perméable. Il faudrait faire une résection trop large ; le plus sage est de faire une G. E. P. sur la poche supérieure, sans anse

isopéristaltique, à la soie. Un clamp sur l'estomac ; pas de clamps sur le jéjunum. Bouche admettant deux travers de doigt. L'estomac est très vasculaire. Points en *U* pour le surjet antérieur. On fixe la brèche du mésocolon par deux points à la soie. On change de gants pour aller regarder la vésicule et l'appendice. La vésicule est blanche, on ne sent pas de calculs. L'appendice file vers le petit bassin, on le laisse en place et on renferme la paroi en deux étages à la soie.

La G. E. s'est faite simplement, mais les tissus saignent beaucoup ; il faut faire une hémostase soigneuse.

Suites opératoires parfaites.

Revue le 7 avril 1927. Pas de troubles gastriques depuis l'opération ; pas de douleurs, mais quelquefois vomissements aqueux. Bon état de santé actuel. Digère assez bien avec un régime. A engraisé de 5 kg. Actuellement enceinte de 4 mois 1/2. Grossesse normale.

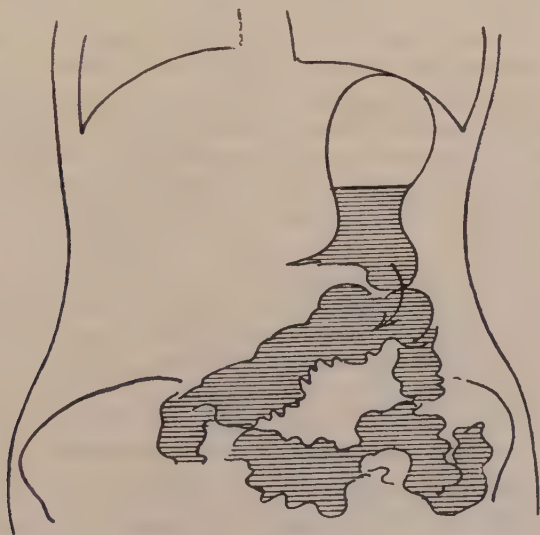


FIG. 3.

Radioscopie le 7 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Remplissage d'une petite poche gastrique et passage immédiat du liquide opaque dans l'anse anastomosée dont la branche efférente est dirigée en bas et à droite et semble dessiner, étant un peu dilatée, la poche inférieure.

En réalité, celle-ci n'est pas remplie par le mélange opaque et on voit seulement, partant du bord inférieur et interne de la poche supérieure, un étroit défilé qui finit en pointe en avant de la colonne vertébrale.

En résumé : pas de remplissage de la poche inférieure de la biloculation. Incontinence de la bouche avec dilatation de l'anse efférente.

OBSERVATION V

Madame R..., 50 ans. Entrée le 23 juillet 1921, sortie le 11 août 1921.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure saignant.

G. E. A. isopéristaltique. Guérison.

Début il y a 5 ans, par brûlures, deux ou trois heures après les repas, calmées par les alcalins ; douleurs survenant parfois la nuit vers minuit et durant une à deux heures. Cette crise dure un mois (amaigrissement de 10 kg.). Accalmie par un régime (pâtes, purées). En 1916, nouvelle crise de douleurs épigastriques avec irradiations dorsales trois heures après les repas ; pas d'éructations, pas de régurgitations acides, pas de nausées, pas de vomissements. Les douleurs sont calmées par des compresses chaudes et par des poudres. Cette deuxième crise a duré un mois ; puis quatre mois de rémission. Depuis, crises tous les trois mois, s'exagérant depuis un an ; hyperacidité marquée, régurgitations acides, douleurs violentes plus précoces.

Grande hématemèse en septembre 1920 et melaena pendant huit jours. Depuis, à plusieurs reprises, melaena assez abondant et souvent renouvelé. Les deux dernières crises douloureuses datent de février 1921 et de juin 1921 (douleurs épigastriques violentes, calmées immédiatement par l'ingestion des aliments). En résumé, crises douloureuses périodiques dues à un ulcère de l'estomac saignant.

Radio. — Sténose médio-gastrique ; à peu près au milieu de l'estomac se trouve un défilé étroit par lequel le contenu de la poche supérieure filtre lentement dans la poche inférieure ; tache d'un centimètre de diamètre au-dessous de l'extrémité supérieure du défilé. Vive sensibilité à la pression, au niveau de cette tache ; la poche inférieure s'étend 3 ou 4 centimètres au-dessous de la ligne biliaire, elle est animée par des contractions violentes.

Diagnostic. — Ulcus petite courbure avec estomac biloculaire.

COMPTE RENDU OPÉATOIRE DU 1^{er} AOÛT 1921.

Opérateur : Docteur LOEWY ; aide : M. FLANDRIN. — Rachianesthésie.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — G. E. A. sur poche cardiaque.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. Péritoine libre. On attire en dehors la portion pylorique de l'estomac et le duodenum. Le pylore est perméable. Plus haut le bord inférieur du foie recouvre et adhère à la petite courbure. A ce niveau une cravate épiploïque encercle et rétrécit la lumière gastrique ; il est nécessaire de libérer ces adhérences avant d'apercevoir la portion cardiaque de l'estomac. Celle-ci se laisse alors seulement attirer en dehors. Il existe un ulcère de la petite courbure avec quelques ganglions inflammatoires le long de la coronaire stomacique et une rétraction cicatricielle de

l'estomac. On ne recherche pas à découvrir l'ulcère. Une G. E. A. avec une anse jéjunale, longue de 25 centimètres, isopéristaltique est amenée en avant du colon et établie à la soie sur une longueur de deux travers de doigt.

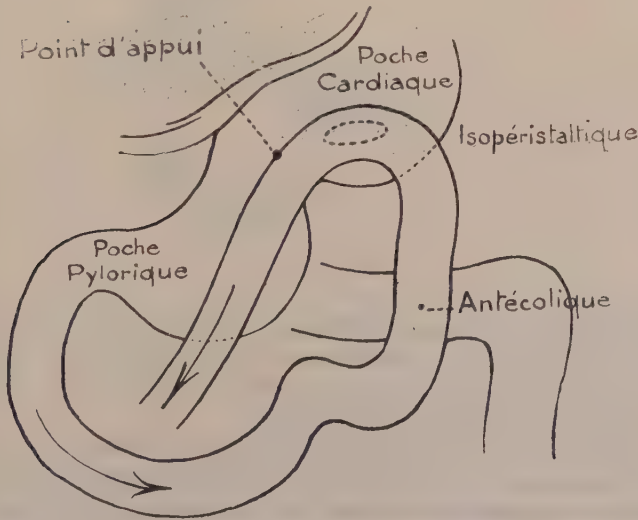
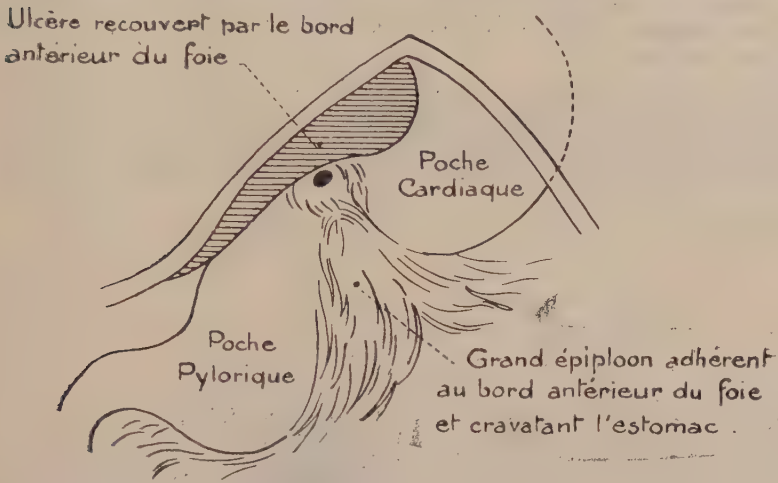


FIG. 4.

Bouche inclinée vers la droite. Un point d'appui fixe l'anse efférente jéjunale à la paroi gastrique antérieure pour éviter la coudure de l'anse efférente. Fermeture de la paroi en deux plans à la soie. Points séparés sur la peau.

Suites opératoires. — Deux vomissements le lendemain de l'opération, nécessitant un lavage d'estomac, puis suites simples.

Sortie le vingtième jour. Poids, le dix-septième jour : 41 kg. 100.

Revue le 7 avril 1927. Aucun trouble gastrique après son opération. Bon état de santé actuel, mais la malade n'a pas augmenté de poids et reste toujours amaigrie.

Le 22 octobre 1926, ayant souffert de douleurs au creux épigastrique avec irradiation dans le dos, la malade est à nouveau entrée dans le Service où elle est restée deux mois. La radio pratiquée à ce moment a montré l'estomac en parfait état et la gastro-entérostomie fonctionnant bien. Soumise

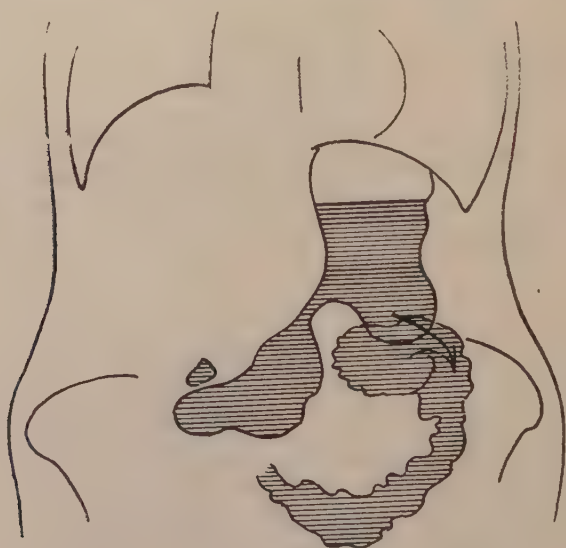


FIG. 5.

au régime pendant le séjour à l'hôpital, les crises de douleurs se sont atténuées progressivement et depuis ne sont plus réapparues.

Actuellement se porte bien, ne souffre plus. Digère à peu près tous les aliments, mais n'a pas augmenté de poids.

Radioscopie le 14 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — L'ingestion du liquide opaque montre un estomac biloculaire avec poche supérieure petite au début de la réplétion, devenant par la suite plus large et plus allongée. Aussitôt après le remplissage de cette poche supérieure, l'anse anastomosée se dessine à la partie inféro-externe. On voit en même temps apparaître le canal de communication unissant les deux poches biloculaires, canal long et étroit obliquement dirigé en bas et en dedans. A ce moment, donc, l'image gastrique présente en quelque sorte la forme d'un Y renversé.

A mesure que la réplétion se complète, la poche inférieure, d'abord étroite et faiblement remplie, s'élargit, sans donner cependant l'impression de subir une distension comparable à celle de la poche supérieure.

Le siège de l'anastomose forme une tache large et foncée qui semble due à la superposition des branches afférentes et efférentes de l'anse grêle et du bas-fond de la poche gastrique supérieure. Il paraît exister un certain degré de dilation de la branche afférente.

L'évacuation de l'estomac se fait presque exclusivement par l'anastomose. La poche inférieure, la seule qui présente nettement des ondes péristaltiques ne paraît pas s'évacuer aisément par le pylore et l'image bulbaire reste à peine visible pendant toute la durée de l'examen.

A la palpation, la mobilité est diminuée nettement au niveau du canal d'union des deux poches gastriques. Il n'existe pas de sensibilité à la pression.

OBSERVATION VI

Madame R..., 59 ans. Entrée le 7 novembre 1921, sortie le 18 janvier 1922.

Biloculation gastrique par ulcère Gastro-gastrostomie. Décès deux ans plus tard. Cause inconnue.

Mariée, un enfant.

Depuis deux ans, douleurs régulières une à deux heures après repas, localisées au creux épigastrique, s'irradient jusqu'aux reins ; nausées, vomissements aqueux. Depuis 5 mois, vomissements alimentaires ; douleurs vives calmées une heure après vomissement ; ni hématemèses ni melaena ; amaigrissement 17 kg. Palpation : résistance épigastrique ; deux points douloureux : creux épigastrique, hypocondre gauche ; foie et rate normaux ; cœur : souffle au second temps à la base. B. W. : négative.

Radio. — Estomac se remplissant normalement, mais lorsqu'il atteint un certain degré de réplétion, on voit apparaître sur la Grande courbure, dans la région médio-gastrique une encoche profonde à bords un peu irréguliers non modifiable par la palpation avec point douloureux très net à ce niveau. L'examen en décubitus, en provoquant la réplétion du segment supérieur de l'estomac, montre plus nettement encore cette encoche ; pas de sténose serrée, le liquide passe facilement.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 14 NOVEMBRE 1921.

Opérateur : Professeur GOSSET ; aides : Docteurs LOEWY et FLANDRIN. — Anesthésie à l'éther 25 m'.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire, toute petite poche cardiaque, grande poche pylorique, pylore perméable, Gastro-gastrostomie.

Laparatomie médiane sus-ombilicale ; il y a biloculation par ulcère. On

se demande si l'on fera une gastro-entérostomie sur la poche supérieure ou une gastro-gastrostomie.

La Gastro-entérostomie ne pourrait se faire qu'en avant, car en arrière l'ulcère a envahi la face postérieure ; dans ces conditions, une gastro-gastrostomie est préférable. Le pylore est perméable. La paroi de la poche supérieure est très mince, celle de la poche inférieure est normale. Pendant l'opération, on ne peut pas mettre de clamps sur la poche inférieure de l'estomac. On est gêné par l'épaisseur de l'ulcère, il revient du liquide car le lavage de l'estomac n'a pu être fait complètement. Bien que le champ opératoire ait été bien protégé, on met un drain par prudence dans la loge sous hépatique ; fermeture de la paroi à la soie.

Sortie guérie le 18 janvier 1922. Pendant les premiers jours de janvier, digestion facile. Cette opérée a été gardée longtemps à l'hôpital pour permettre de vérifier le fonctionnement de l'estomac.

Depuis le début de juin 1922, après les repas, pesanteur, douleurs à gauche de la ligne médiane, dans la région épigastrique avec irradiation à l'épaule gauche (région sous-claviculaire) calmées par le repos, non par les alcalins (des régurgitations de liquide un peu aigres augmentent ces douleurs) ; appétit conservé, sauf pour la viande ; fonctions intestinales normales. Pas d'amaigrissement.

A la suite d'une enquête personnelle faite à domicile, on apprend par la concierge, que M^{me} R... est décédée il y a environ 4 ans ; 2 ans après l'opération, sans qu'il soit possible d'avoir des détails sur la cause de la mort. On ne connaît pas l'adresse d'aucun parent de la décédée.

OBSERVATION VII

Mademoiselle D..., 35 ans. Entrée le 6 janvier 1922.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

G. E. P., deuxième intervention pour adhérences. Guérison ?

Passé gastrique datant de dix ans ; douleurs gastriques sans hématomène ni melaena. Actuellement douleurs et vomissements sans horaire, mais quotidiens ; pas d'hypéacidité ; amaigrissement progressif.

Suc gastrique, acidité HCL après repas d'épreuve : 1.70.

Radio. — Sténose medio-gastrique en bissac (résistant à la belladone) par ulcus cicatrisé.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 13 JANVIER 1922.

Opérateur : Professeur GOSSET ; aides : Docteurs LOEWY et FLANDRIN. — Anesthésie à l'éther 27 m'.

Diagnostic opératoire. — Ulcus de la petite courbure, début de biloculation de l'estomac.

Nature de l'intervention. — Large G. E. P. trans-mésocolique.

Laparatomie médiane sus-ombilicale, paroi très vasculaire. Tout de suite on voit le grand épiploon au niveau de la partie gauche de l'estomac qui envoie une petite bande prenant en écharpe la face antérieure de l'estomac et déjà constitue un obstacle. On la sectionne et on la lie. Cette bande vient s'insérer sur la petite courbure au niveau d'un point cicatriciel, cicatrice d'ulcère. Le pylore est normal. Faut-il faire une gastrectomie ou une gastro-entérostomie sur la poche supérieure ? On pense que ce dernier procédé est le plus sage, car il faudrait faire une résection trop large, l'ulcère étant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la petite courbure. On fait donc une G. E. P. avec une large bouche mesurant 5 centimètres. La muqueuse gastrique est malade. Les vaisseaux sont très gros. On fixe l'estomac à la brèche du meso-colon par deux fils de soie et on ferme la paroi à la soie.

Le 14 avril 1922, lettre de la famille : les douleurs et vomissements persistent après les repas.

Reprise de douleurs et de vomissements acides 5 semaines après l'opération. Hématémèse vers le 20 juin 1922, melaena à la même époque, amaigrissement. Etat physique : douleurs à la palpation, deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Deuxième opération : Docteur DESPLAS. — Anesthésie à l'éther.

On constate des adhérences de la partie antérieure de l'épiploon à la partie inférieure de la cicatrice. Cette adhérence siège exclusivement sur le ligament gastro-colique et détermine une coudure prépylorique ; cette adhérence est libérée et le pylore reprend sa forme normale. Le reste de l'abdomen est libre. L'estomac est nettement biloculaire, la poche supérieure beaucoup plus considérable que la poche inférieure dans la proportion de 2 à 1. La supérieure est blanche et l'inférieure rouge. La sténose médio-gastrique organique correspondant à un ulcère plat de la petite courbure est augmentée considérablement par une adhérence entre le petit épiploon et le ligament gastro-colique, bride passant en pont en avant de l'estomac. On sectionne cette bride et immédiatement la portion rétrécie se dilate, et la poche inférieure se remplit.

Le transit d'une poche vers l'autre est correct. On relève l'estomac et on constate que la G. E. faite sur la poche supérieure fonctionne bien et que vraisemblablement la bride constatée au cours de l'opération devait expliquer en grande partie les phénomènes de sténose que présentait la malade.

En février 1923, 4 semaines après l'opération, légères douleurs et vomissements acides avec présence d'aliments sans caractère de stase. Ces vomissements sont irréguliers ; tantôt deux fois par jour ; tantôt plusieurs jours sans vomissements. Doit revenir dans 15 jours pour examen radiographique. Aurait quitté Paris en bonne santé. (Adresse actuelle inconnue).

OBSERVATION VIII

Madame A. L..., 38 ans. Entrée le 7 mars 1922, sortie le 16 avril 1922.

Ulcère de la petite courbure, cautérisé en 1920 : Balfour. Biloculation gastrique.

Gastro-entérostomie sur poche supérieure. Amélioration presque complète.

Le 15 novembre 1920. Thermo-cautérisation de l'ulcère p. c. (Professeur GOSSET). Soulagement complet ; pendant 18 mois, aucune douleur, digestions parfaites.

Septembre 1921, douleurs deux heures après les repas de midi, calmées par vomissements ; depuis septembre, vomissements journaliers acides ; pas de vomissements de sang, mais melaena en février 1922.

Actuellement, vomissements cessés depuis un mois, douleurs continues, maximum le matin, calmées par aliments et par alcalins.

Radio. — Estomac biloculaire, sténose médio-gastrique suffisamment serrée pour rendre difficile le reflux du liquide opaque de la poche inférieure à la poche supérieure. En décubitus dorsal on précise mieux l'aspect de cette sténose.

Amaigrissement depuis l'opération, 10 kg. ; le 6 février, 37 kg. 200, le 27 février, 38 kg. 550.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 15 MARS 1922.

Opérateur : Professeur GOSSET ; aide : Docteur LOEWY. — Anesthésie à l'éther.

Diagnostic opératoire. — E. B. par ulcère de la petite courbure cautérisé.

Nature de l'intervention. — G. E. sur poche supérieure.

Incision elliptique au niveau de l'ancienne cicatrice cutanée que l'on résèque. On constate que la cicatrice au niveau de l'ulcère cautérisé se présente bien extérieurement ; mais à la palpation on la sent grosse et dure. D'autre part, en regard de cette cicatrice, il y a tendance à la biloculation de la Grande courbure. Pylore perméable. On pourrait faire une Gastro-gastrostomie ou une gastro-entérostomie sur la poche supérieure ; c'est cette deuxième opération que l'on choisit ; on fait la bouche aussi large que l'on peut ; on fixe la brèche du méso-colon à l'estomac en avant par deux points à la soie et on ferme la paroi à la soie.

Suites opératoires. — Opérée revue le 6 avril 1927. Après l'opération, de temps en temps quelques douleurs au creux épigastrique irradiant dans le dos, éructations aigres. Etat de santé actuel assez bon, digère assez bien, mais pas tous les aliments. Se trouve assez bien du régime, a engraisé de 4 kg.

Radioscopie faite le 6 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Estomac biloculaire avec canal de communication long, étroit, mais facilement perméable, placé le long de la petite courbure.

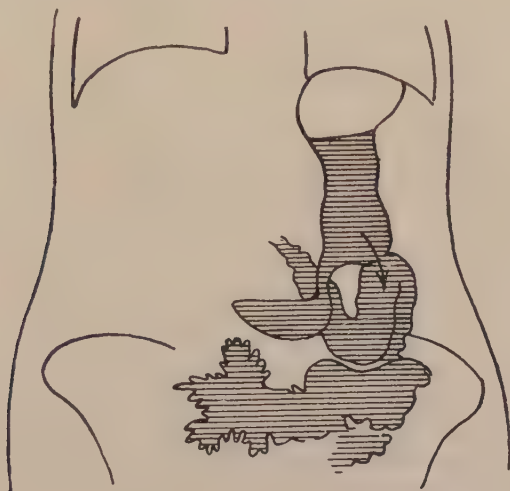


FIG. 6.

Poches peu dilatées, se remplissant de suite après l'ingestion. Aussitôt après l'arrivée de la première gorgée dans l'estomac, l'anse anastomosée se dessine. L'anse afférente est un peu dilatée par stagnation du liquide. Léger rétrécissement à trois travers de doigt environ de l'anse efférente. Evacuation gastrique très rapide. Anses grèles un peu élargies. Pas d'évacuation pylorique visible. L'angle de Treitz se remplit par voie rétrograde.

OBSERVATION IX

Madame H..., 51 ans. Entrée le 24 avril 1922.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure haut situé.

Gastro-gastrostomie (1922). Retour des douleurs par adhérences péri-gastriques. Deuxième intervention 1927. G. E. précolique à anse longue.

Opérations antérieures. — Périnéorrhaphie ; rétroversion utérine il y a 22 ans, nephropexie (rein droit 1903). Kyste ovaire droit 1906.

Début à l'âge de 13 ans, douleurs 2 heures après les repas, épigastriques avec irradiations dorsales très vives. Provoquées par pression épigastrique,

calmées par aliments et alcalins, vomissements acides. Evolution par crises périodiques. Depuis 15 ans, douleurs continues et vomissements réguliers.

Diagnostic radioscopique. — Sténose médio-gastrique par ulcère.

Amaigrissement 8 kg. en 6 mois ; rapide depuis un mois.

COMPTE RENDU OPÉATOIRE DU 28 AVRIL 1922.

Opérateur : Professeur GOSSET ; aide : Docteur LOEWY. — Anesthésie à l'éther 36 m'.

Diagnostic opératoire. — E. B. par ulcère de la petite courbure haut situé.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. On trouve un pylore perméable. La vésicule est adhérente, sans calculs. On voit un ulcère sur la petite courbure très haut situé avec une poche supérieure extrêmement réduite, sur laquelle il sera difficile de faire une G. E. On ouvre le mesocolon transverse pour voir si elle serait possible en arrière, mais elle serait encore plus difficile. On débride le muscle grand droit du côté gauche, on met un billot, et on arrive, en libérant une série d'adhérences qui fixent la poche supérieure à droite, à amener un petit bout de cette poche, ce qui permettra de faire une gastro-gastrostomie dans des conditions très difficiles. Surjet à la soie. On ne peut faire qu'une bouche de 2 centimètres. On ferme la brèche du mesocolon à la soie et la paroi à la soie.

Suites opératoires. — A la suite de la gastro-gastrostomie, l'amélioration de l'état de la malade dure 6 mois pendant lesquels elle engraisse de 7 kg. ; puis de nouveau, douleurs, brûlures au début deux heures et demie après les repas. Siège épigastrique, irradiation à l'hypocondre gauche sur la ligne mamillaire gauche, douleurs en broche ; ces douleurs duraient 1 à 2 heures, calmées par ingestion d'aliments, sans jamais de vomissements. Selles normales, pas de melaena. A cette période, crises séparées par des intervalles de 2 à 3 mois. Malgré le régime, les crises se rapprochent en devenant plus précoces. A partir de novembre 1926 l'état s'aggrave, crise demi-heure après chaque repas, durant toute la journée, cessant la nuit, éructations à jeun, vomissements muqueux ou bilieux. Toujours ni hématemèse ni malaena.

Examen. — Douleurs partant bien de la région gastrique et l'hypocondre droit. Abdomen très sensible en totalité. Clapotage gastrique ; vésicule non perceptible.

Radio. — Plus de niche sur la petite courbure. Biloculation gastrique au tiers supérieur.

Conclusions. — Ulcère de la petite courbure probablement guéri. Peut-être nouvel ulcère (la malade souffre comme une ulcérée) processus inflammatoire autour de la gastro-gastrostomie (adhérences probables). Bulbe duodénal invisible vraisemblablement par adhérence du carrefour. Stase gastrique légère.

Résumé. — Il paraît s'agir surtout d'une périgastrite adhésive de la partie moyenne au voisinage de la biloculation. Estomac très petit ; fonctionnement pylorique régulier.

Deuxième intervention, 11 mars 1927. — Anesthésie à l'éther

Opérateur : Professeur GOSSET.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire opéré de gastro-gastrostomie. Adhérences périgastriques.

Nature de l'intervention. — G. E. précolique à anse longue.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. Libération d'adhérences de l'épiploon à la paroi et le long de la Grande courbure. Pylore perméable. Poche supérieure très petite. G. E. précolique à anse longue au bouton ; serrage du bouton très difficile à cause de la profondeur et du peu de prise sur le bouton gastrique. On renforce en avant par quelques points à la soie.

Suites opératoires simples. Sortie le 3 avril 1927.

OBSERVATION X

Madame S..., 52 ans. Entrée le 18 mai 1922.

Ulcus de la petite courbure, biloculation gastrique.

Gastro-gastrostomie. Amélioration.

Le début remonte à 30 années. A cette époque, douleurs à jeun, calmées par ingestion d'aliments. Douleurs une heure après le repas dans le creux de l'estomac et région interscapulaire. Les vomissements soulagent la malade. N'a pas suivi de régime. Cet état est allé en empirant. En novembre 1921, amaigrissement rapide. La malade ne mange plus. En décembre, premier vomissement sanguin « chocolat », peu abondant ; en avril 1922, deux vomissements sanguins noirâtres. Huit jours après, troisième vomissement noir.

Actuellement, la malade prend très peu d'aliments pour éviter les vomissements ; peu de douleurs, sensation de faim douloureuse calmée par ingestion d'aliments.

Radio. — Ptose viscérale gastro-colique. Duodénum et première partie du jéjunum restant visibles et non mobiles. Fixité duodeno-jéjunale ? Adhérences ?

Diagnostic. — Syndrome douloureux d'ulcère gastrique ou duodénal.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 1^{er} JUIN 1922.

Opérateur : Docteur CHARRIER. — Anesthésie à l'éther.

Diagnostic opératoire. — Ulcus de la petite courbure. Biloculation.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Incision sur la ligne médiane sus-ombilicale. On trouve sur la petite courbure à trois travers de doigt du cardia, un petit ulcère dur et fibreux, cause d'une biloculation de l'estomac. On a, à cette place, pratiqué une bonne

Gastro-gastrostomie sur la face antérieure (ouverture large de 5 centimètres environ) à la soie avec points enfouissant à la face antérieure. Surjet total.

Suites. — Octobre 1922, amélioration complète.

Réponse au questionnaire. — En mars 1927, a présenté quelques troubles gastriques depuis l'opération. Il y a 2 ans environ, très forte crise qui a duré assez longtemps. En dehors de cette crise, n'a plus souffert de l'estomac sauf de temps en temps, une sensation de douleur au creux épigastrique. Pas de vomissements, mais, paraît-il, plusieurs fois du sang dans les selles. Son état de santé actuel est, au dire de la malade, assez précaire ; elle digère péniblement et très lentement ; a engraisé quelque temps après l'opération, puis a maigri de nouveau.

Demeure à Brive (Corrèze) ; n'a pu se rendre à Paris pour la radioscopie de contrôle.

OBSERVATION XI

Madame H..., 34 ans, domestique.

Ulcère petite courbure avec sténose médiogastrique adhérente.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

25 ans de passé gastrique. Douleurs épigastriques deux heures après les repas, crises périodiques de douleurs gastriques et de vomissements alimentaires. Il y a une douzaine d'années, hématurie.

Actuellement douleurs un quart d'heure après les repas, vomissements, amaigrissement.

Examen. — Douleur à la pression à l'épigastre ; douleur à la pression dans la région du plexus solaire.

Radio. — E. B. Diverticule de la petite courbure. Sténose médiogastrique et dilatation sus-stricturale ; pas de stase, car un repas bismuthé pris 6 heures avant est dans l'iléon et le cæcum.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 1^{er} DÉCEMBRE 1922.

Opérateur : Professeur GOSSET.

Diagnostic opératoire. — Ulcus petite courbure avec sténose médiogastrique adhérente.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On explore et on voit un ulcère de la petite courbure avec estomac biloculaire. Adhérences. Le pylore est perméable. On ne peut pas faire une G. E. sur la poche supérieure car il n'y a pas assez d'étoffe ; alors on fait une gastro-gastrostomie à la soie, point de Connell pour le surjet antérieur, la muqueuse de la poche cardiaque est très malade. Fermeture de la paroi à la soie.

Opérée revue le 9 novembre 1923. Amélioration presque complète.

Quelques douleurs à gauche de l'épigastre dix minutes ou un quart d'heure après les repas, sans vomissements, calmées par le décubitus, les alcalins, les aliments. Douleurs parfois vers minuit. Pas de renvois acides, pas de vomissements, pas d'hématémèses.

Reprise d'embonpoint (50 kg.) ; 45 au moment de l'opération.

Revue le 8 avril 1927. Pas de troubles gastriques depuis l'opération, quelques fois, petites douleurs. Digère bien et supporte presque tous les aliments. Bon état de santé actuel. A engraisé de 8 kg.

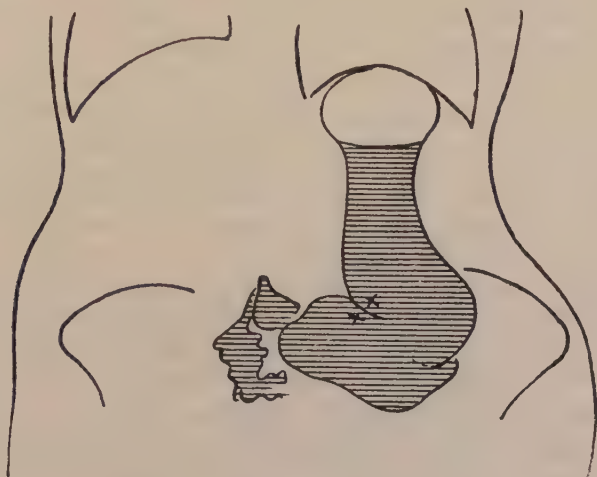


FIG. 7.

Radioscopie pratiquée le 8 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Estomac à portion verticale un peu flexueuse, présentant au début de l'ingestion une coudure à sa partie moyenne dont le sommet dirigé vers la colonne vertébrale, a un aspect diverticulaire. Cette image disparaît à mesure que la réplétion se complète.

Après ingestion de 300 grammes de gélobarine, image gastrique en J, avec incisure de la Grande et de la petite courbure, à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale.

La palpation sous écran en dissociant partiellement les deux poches, montre que le canal est très large et que le passage du liquide opaque se fait aisément. La palpation mobilise bien l'estomac et éveille une légère sensibilité au niveau de la petite courbure, au voisinage de l'incisure.

Péristaltisme moyen avec très bonne évacuation pylorique.

OBSERVATION XII

Madame G..., 56 ans, infirmière. Entrée le 18 décembre 1922.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

A 25 ans digestion difficile ; à 28 ans, au cours d'une crise douloureuse, vomissement de sang abondant. Soulagement pendant 10 ans. A 40 ans, recommencent les digestions difficiles (par périodes) accompagnées de douleurs (3, 4 heures après les repas), calmées par alcalins et boissons chaudes ; pas de vomissements, amaigrissement assez prononcé.

A 48 ans, douleurs, nausées sans vomissements.

A 54 ans, diarrhée pendant une certaine période.

Depuis 2 mois, la malade ne peut rien prendre sans vomir. Vomissements bilieux ne calmant pas la douleur. Douleurs après les repas fréquentes au creux de l'épigastre et au côté gauche bien localisées, calmées au commencement par bicarbonate de soude. Vomissement bilieux pas sanguin ; par contre, selon la malade, les selles seraient noires (pas de sang constaté au laboratoire) ; très grande constipation.

Radio. — Au niveau du tiers moyen sur la Grande courbure, ulcus qui paraît fixe dans une zone accessible à la palpation. On ne voit pas nettement de niche sur la petite courbure, mais la radio faite semble en montrer l'existence ; évacuation pyloro-duodénale régulière.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 5 JANVIER 1923.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 23 m'.

Diagnostic opératoire. — E. B. par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On voit un ulcère de la petite courbure très haut situé avec tendance à biloculation.

Entre la poche cardiaque et la poche pylorique qui est très grande, le passage est assez étroit. Dans ces conditions, il paraît plus logique de considérer cet estomac comme biloculaire ; et comme une G. E. sur la poche supérieure serait difficile et ne donnerait pas un très bon fonctionnement à cause de sa petitesse, on trouve préférable de faire une gastro-gastrostomie le plus largement possible, l'anastomose a 4 centimètres. Surjet à la soie. Point en U pour le surjet antérieur. On change de gants pour fermer la paroi en deux plans, un sur le péritoine, un sur les muscles. Soies sur la peau.

Suites opératoires. — A quitté Paris il y a quelques années pour la Haute-Savoie (Annecy). Pas de troubles gastriques depuis l'opération, pas de douleurs, quelquefois pesanteur et bâillements à la suite de repas plus copieux. Bon état de santé actuel. Digère bien et à peu près tout ; moins bien les fritures, charcuterie, choux-fleurs et salades. A engraisé de 10 kg. depuis 1922 (poids actuel 55 kg.).

OBSERVATION XIII

Madame G..., 56 ans. Entrée le 20 janvier 1923, sortie le 17 février 1923.

Ulcère géant de la petite courbure. Estomac biloculaire.

G. E. sur la poche supérieure. Guérison.

A souffert de l'estomac depuis l'âge de 20 ans.

Actuellement, douleurs après les repas, 3, 4 heures persistantes jusqu'au repas suivant, calmées par aliments et alcalins, évolution par crises périodiques espacées.

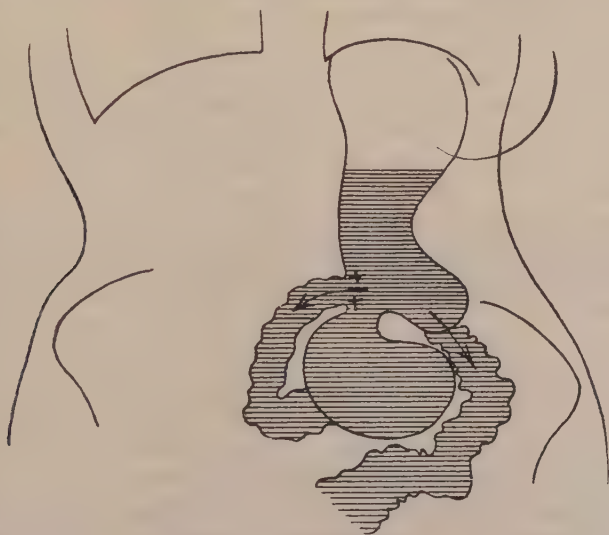


FIG. 8.

En 1918, 1920, 1922, crises violentes.

Douleurs, 3, 4 heures après les repas, brûlures, siège épigastrique à droite de la ligne médiane, irradiation dorsale, calmées par aliments et alcalins, décubitus dorsal. Faim douloureuse. Pas de douleurs nocturnes, jamais de vomissements, jamais d'hématémèse ni meleana. Amaigrissement depuis juillet 1922.

Radio. — Biloculation permanente, évacuation rapide de la poche supérieure dans la poche inférieure. Résidus dans la poche inférieure une heure après repas baryté.

COTMPE RENDU OPÉRATOIRE DU 26 JANVIER 1923.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 24 m'.

Nature de l'intervention. — G. E. P. transmésocolique.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. On voit un ulcère géant de la petite courbure ayant rétréci le pylore, estomac biloculaire, dont la poche supérieure n'est pas bien grande ; en arrière l'ulcère adhère au pancréas. On fait une G. E. P. sur la poche supérieure avec une bouche que l'on ne peut pas faire très large ; surjet à la soie, point de Connell pour le surjet antérieur.

L'estomac tire beaucoup. On le fixe à la brèche du mésocolon en avant, par un point à la soie, et on ferme la paroi à la soie.

Suites opératoires. — Opérée revue le 31 mars 1927. Pas de troubles gastriques depuis l'opération ; parfois petites douleurs après les repas. Bon état de santé actuel. Digère bien et à peu près tous les aliments. A engraisé de 4 kg.

Radioscopie pratiquée le 31 mars 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Estomac très déformé, présente une forte rétraction de la petite courbure. Grosse poche inférieure dilatée, paraissant appendue au pylore. Anastomose sur la poche supérieure assurant un bon drainage. Evacuation pylorique satisfaisante.

Image duodénale peu nette, le bulbe duodéal n'étant pas visible et les anneaux apparaissant sur la forme d'un tube uniforme. A la palpation, sensibilité vive au point d'union des deux poches. Diminution de la mobilité en ce point.

OBSERVATION XIV

Madame F..., 47 ans. Entrée le 7 juin 1923.

Ulcère de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure (février 1923). Biloculation gastrique. Gastro-gastrostomie (juin 1923). Décès un an après l'intervention. Cause inconnue.

Opération antérieure. — Gastro-entérostomie (Professeur GOSSET), pour ulcère, le 7 février 1923 : laparatomie médiane, gros ulcère calleux haut situé sur la petite courbure dont la résection entraînerait une gastrectomie complète : G. E. P. transmésocolique.

Immédiatement après l'opération ; douleurs épigastriques et dorsales à jeun ; mais surtout trois heures après les repas, douleurs persistantes jusqu'au repas suivant, calmées par alcalins momentanément non par les aliments. Vomissements à la fin des crises douloureuses, ne calmant pas la douleur. Pas d'aliments de la veille. Vomissements très aigres, pas d'hématémèses (?) ; selles noires, constipation habituelle, appétit nul, amaigrissement de 5 kg. après l'opération.

Radio. — Ulcus calleux de la petite courbure. Aspect biloculaire très net de l'estomac. Remplissage difficile de la poche inférieure, fonctionnement

normal de la bouche anastomotique et aussi du pylore. Biloculation permanente avec évacuation insuffisante de la poche supérieure.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 25 JUIN 1923.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 22 m'.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie. Incision médiane sus-ombilicale. On explore l'estomac et l'on voit une biloculation très nette, avec une petite poche cardiaque. La G. E. se présente bien. On fait entre la poche supérieure et la poche inférieure une anastomose à la soie avec trois surjets en avant. Gastro-gastrostomie un peu difficile car la poche cardiaque qui est petite et très mince tire beaucoup. Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires. — Décédée un an après l'opération (enquête personnelle, à domicile, chez la concierge). Pas de détails sur la cause de la mort. Aucun parent existant à Paris, pas d'adresse.

OBSERVATION XV

Madame P..., 43 ans. Entrée le 14 février 1924, sortie le 20 mars 1924.

Ulcère de la petite courbure haut situé avec biloculation.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

Début de troubles gastriques à l'âge de 16 ans. Digestions difficiles, vomissements, éructations gazeuses. Crises périodiques environ tous les ans. Douleurs au creux épigastrique avec point dorsal, calmées par les alcalins (douleurs 2 heures après les repas). Pas de faim douloureuse, pas de douleurs nocturnes. La douleur cesse bien avant le repas suivant, pas de vomissements. Il y a 2 ans, mai 1922, vomissement noir comme du café. Selles noires.

En août 1923, crises douloureuses plus fortes vers 2 heures de l'après-midi ; pas de vomissements, pas d'hématémèses.

En décembre 1923, hématurie après effort de toux. Amaigrissement variable. Reprise d'embonpoint entre les crises. Chez le Docteur RAMOND, essai de traitement par le tubage duodénal = 17 jours.

Radio. — Biloculation, évacuation rapide, hyperpéristaltisme, diverticule de la Grande courbure : ulcus petite courbure avec stase légère ; poumon : deux sommets voilés. Image cavitaires sous la clavicule gauche.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 3 MARS 1924.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie au chloroforme 24 m'.

Diagnostic opératoire. — E. B. par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Laparotomie sus-ombilicale. On voit un ulcus de la petite courbure haut situé, avec biloculation, ayant rétréci la Grande courbure. Il y a une

grande poche pylorique, une petite poche cardiaque ; comme le pylore est perméable, et qu'une résection serait difficile sous les fausses côtes, on trouve préférable de faire une gastro-gastrostomie, à la soie ; on ne peut pas faire une bouche très large. Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires. — Opérée revue le 2 avril 1927. Pas de troubles gastriques depuis l'opération, l'estomac fonctionne maintenant très bien. Elle digère bien et tous les aliments. A engraisé de 10 kg. ; si elle n'a pas repris davantage cela est dû à son état pulmonaire (sommet du poumon gauche atteint).

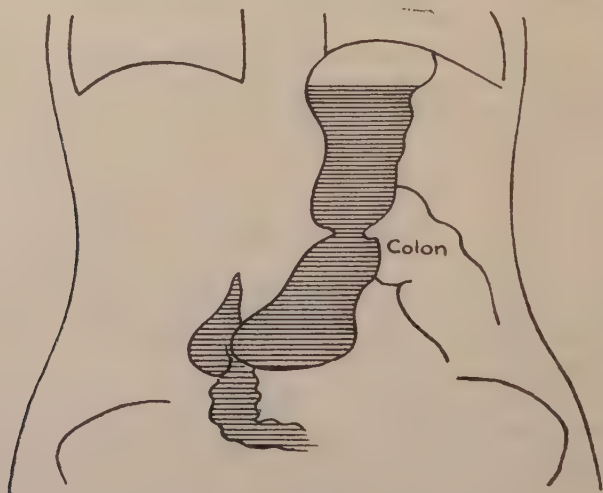


FIG. 9.

Radioscopie pratiquée le 2 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — A l'ingestion du lait baryté, on remplit un estomac en écharpe presque vertical, présentant à sa partie moyenne une incisure des deux courbures, avec canal de communication plus rapproché de la Grande que de la petite courbure.

Dans la station verticale, le bord inférieur de la poche supérieure gastrique recouvre en partie le point de jonction des deux poches. La palpation, en relevant le bas-fond de la poche supérieure permet de bien voir le canal de communication qui est large et constamment rempli de liquide.

A la palpation, mobilité normale. Pas de sensibilité.

Bulbe duodénal gros mais un peu déformé, paraissant présenter un diverticule de son angle inféro-externe.

A noter au point de vue pulmonaire, une infiltration du sommet gauche avec adhérence pleurale, qui cache la coupole diaphragmatique externe.

OBSERVATION XVI

Madame B..., 46 ans. Entrée le 5 avril 1924, sortie le 4 mai 1924.

Estomac biloculaire par ulcère petite courbure.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

La malade se plaint de douleurs d'estomac depuis 17 ans. Les douleurs apparaissant par intervalles éloignés, puis par crises de plus en plus rapprochées. Elles apparaissent un quart d'heure après les repas et durent une demi-heure. Elles sont calmées par vomissements ou l'absorption de médicaments dont la malade ne peut préciser la nature. Douleurs localisées au creux épigastrique et ne semblant jamais avoir revêtu la forme de douleurs en broche. Entre temps, régurgitations acides. Asthénie persistante obligeant la malade à s'aliter de plus en plus fréquemment. Cet état dure depuis environ deux ans : puis les douleurs s'accroissent et les crises se rapprochent. Intolérance gastrique pour les aliments solides, amaigrissement, région épigastrique non douloureuse à la palpation.

(Pas de radiographie).

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 17 AVRIL 1924.

Opérateur : Docteur PETIT-DUTAILLIS. — Anesthésie à l'éther.

Diagnostic opératoire. — E. B. et compression de la troisième portion du duodénum.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve bien un estomac biloculaire très net avec une poche cardiaque s'arrêtant par un sillon transversal juste au-dessous du hile de la rate.

Il existe sur la petite courbure un ulcère calleux qui paraît bouché par une adhérence à la face antérieure du petit épiploon. Bien que l'ulcus ne soit pas adhérent en arrière on recule devant une gastrectomie segmentaire à cause de l'étendue à donner à l'exérèse et surtout du siège élevé de l'ulcus (union du quart supérieur au quart moyen de la petite courbure) et de la petitesse de la poche cardiaque. Dans ces conditions, on se contente de faire une gastro-gastrostomie très large allant de la Grande à la petite courbure, de part et d'autre des lésions. La poche pylorique ne paraît nullement dilatée ; il n'y a pas d'ulcus juxta-pylorique ni duodénal et l'indication d'une gastro-entérostomie complémentaire sur celle-ci ne paraît donc pas s'imposer. On explore le duodénum et on constate que la troisième portion est considérablement dilatée en avant du pédicule mésentérique. Il existe quelques brides de péritonite chronique au niveau de l'angle duodéno-jéjunal qu'on libère. On libère du même une membrane épiploïque rétractile qui accole en canon de fusil les deux branches de l'angle gauche du colon.

Fermeture de la paroi en étages à la soie sans drainage.

Suites opératoires. — Avril 1927. Habitant la province, ne peut se rendre à Paris pour se soumettre à la radioscopie. Ecrit qu'elle ne présente plus de troubles gastriques depuis l'opération ; parfois sensation de pesanteur après les repas et petites douleurs.

Son état de santé actuel est bon. Elle digère très bien et tous les aliments. A engraisé de 18 kg.

OBSERVATION XVII

Madame L..., 47 ans. Entrée le 9 juillet 1924, sortie le 31 août 1924.

Estomac biloculaire par ulcère. Adhérences péritonéales multiples.

Gastro-gastrostomie (juillet 1924) ; deuxième intervention (février 1925) : libération d'adhérences périgastriques et intestinales. Décès en septembre 1925. Péritonite tuberculeuse ?

Opérations antérieures. — Adénopathies infantiles cervicales.

Souffre depuis de longues années de l'estomac au niveau du creux épigastrique avec retentissement dorsal. Quelques vomissements alimentaires, jamais d'ictère, pas de sang dans les vomissements ; amaigrissement de 6 kg. dans un mois.

L'examen montre de la contracture au niveau des droits. Palpation presque impossible. On ne réveille pas de douleur à la palpation. Rien au point de Mac-Burney.

Radio. — Ptose gastrique sans déformation gastrique. Bulbe duodéal amiboïde avec mouvements antipéristaltiques de la première et deuxième portions. Sur les radios en série, dilatation du bulbe très irrégulière.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 30 JUILLET 1924.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 20 m'.

Diagnostic opératoire. — Ulcère médio-gastrique ; estomac biloculaire.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Laparatomie médiane sus-ombilicale ; la malade a dû avoir une péritonite tuberculeuse ; il y a beaucoup d'adhérences ; on voit une vésicule plus blanche que normalement, très adhérente, gros ganglions ; l'estomac est biloculaire par ulcère médio-gastrique ; comme le pylore est perméable et qu'il y a beaucoup d'adhérences, on trouve préférable de faire une gastro-gastrostomie avec un surjet d'accolement, à la soie, les autres au catgut chromé américain. L'estomac est très vascularisé.

Fermeture de la paroi à la soie.

Depuis la première opération, a toujours souffert, mais d'une façon différente ; avant l'opération les douleurs venaient régulièrement après les repas, depuis l'opération, elles viennent à toute heure de la journée et surtout dès que la malade se lève ; les douleurs siègent à la base du thorax des deux

côtés et au creux épigastrique ; elles sont calmées par la position couchée. Pas de vomissements alimentaires, mais régurgitations de liquide clair, non acide, jamais la nuit. Constipation ne cédant qu'au lavement.

Depuis janvier, les douleurs sont plus fortes à la base du thorax, au creux épigastrique avec irradiations dorsales, toutefois calmées par la position couchée, non calmées par la belladone. Digestions lentes, mais pas de vomissements, jamais d'hématémèses ni de melaena.

Examen physique. — Pas de points douloureux, clapotage gastrique, pas de tuméfaction perceptible.

Tubage à jeun : 30 centimètres cubes de liquide jaune coloré par la bile, sans aliments.

Radio. — On est frappé dès l'examen à l'écran par la présence d'une volumineuse bulle d'air gastrique qui surélève la coupole diaphragmatique et atteint la partie moyenne de l'ombre cardiaque.

Le diaphragme est immobilisé, et du côté droit présente une mobilité très diminuée.

L'ingestion du mélange opaque dessine l'estomac dont la partie supérieure piriforme se continue à la partie inférieure par un mince défilé qui aboutit à un bas-fond très abaissé. La palpation permet de constater qu'il n'existe là qu'un faux aspect biloculaire. La région pylorique est séparée du reste de l'ombre gastrique par une zone claire linéaire et persistante. L'évacuation se fait rapidement par le pylore ; le duodénum dilaté dans ses quatre portions est animé de mouvements antipéristaltiques se dessinant bien.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 18 FÉVRIER 1925.

Diagnostic opératoire. — Adhérences multiples gastriques et intestinales.

Nature de l'intervention. — Libération d'adhérences.

Incision médiane sus-ombilicale au niveau de l'ancienne cicatrice. On se trouve en présence de nombreuses adhérences : la malade a eu autrefois une péritonite tuberculeuse aujourd'hui guérie, mais ayant amené beaucoup d'adhérences.

On voudrait pouvoir faire une G. E. P. et l'on cherche une anse grêle qui soit libre pour faire l'anastomose basse, mais tout adhère jusqu'au fond du petit bassin. On libère autant que l'on peut, et on renferme la paroi à la soie.

Décédée le 22 septembre 1925.

A la suite d'une enquête personnelle faite chez la famille de la décédée et chez le Docteur PETITBIDOU, médecin traitant, on apprend que la malade a eu un œdème généralisé mais surtout localisé aux membres inférieurs et ascite. Jamais de vomissements ni hématémèses, ni melaena.

Tuberculose généralisée ?

OBSERVATION XVIII

Madame A..., 35 ans, confectionneuse. Entrée le 14 novembre 1924.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Réséction annulaire. Guérison.

Entrée par douleurs à l'estomac. Elle a commencé à l'âge de 20 ans à ressentir les premiers malaises qui n'ont pas changé de nature depuis lors : sensation de pesanteur au creux épigastrique, douleurs, crampes obligeant la malade à se courber, tout cela après chaque repas ; une demi-heure à une heure après. Parfois si violentes que la malade, pour se soulager, provoque elle-même le vomissement. Jamais de vomissements spontanés, jamais de sang ; parfois renvois ou régurgitations acides. Après ces troubles d'une durée de 6 mois, accalmie de 2 ans environ. Depuis ce moment, crises semblables à la première, durée un an, puis accalmie encore de 2 ans.

En 1924, reprise des crises, crampes et douleurs après les repas (3 heures après) ; soulagement par vomissements provoqués. Pas de sang dans les vomissements, ni dans les selles. La malade a des renvois et régurgitation d'aliments tout de suite après les repas. La douleur est toujours localisée au creux épigastrique et sans irradiations. Depuis un an, amaigrissement de 2 kg. 300.

Radio. — Estomac petit, vertical, situé à gauche de l'ombre vertébrale, semble formé par la portion verticale seulement. A l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de la Grande courbure, il existe une incisure étroite et assez profonde qui persiste pendant toute la durée de l'examen. Sur la petite courbure, vers son tiers moyen, une incisure moins profonde contribue à scinder l'image gastrique en deux portions : l'une comprenant la bulle d'air gastrique et la plus grande partie de la portion verticale ; l'autre plus petite de forme assez régulièrement arrondie qui constitue le bas-fond. Le péristaltisme est peu accentué, mais cependant visible surtout le long de la Grande courbure au-dessus de l'incisure signalée plus haut. Vers la fin de l'examen on voit apparaître un petit prolongement de l'image gastrique dirigé en bas et vers la colonne vertébrale, qui est peut-être l'image d'un bulbe duodénal.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 20 NOVEMBRE 1924.

Opérateur : Docteur SOUPAULT. — Anesthésie à l'éther.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — Résection annulaire.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est libre sans péri-gastrite, la biloculation est basse. On se décide pour une résection annulaire, section de l'épiploon. On pince les vaisseaux le long de la Grande courbure,

puis sur la petite. Sous la protection des clamps, on sectionne l'estomac du côté distal, puis du côté proximal, en deçà et au delà de la biloculation. Suture muco-muqueuse au catgut ordinaire en commençant par le milieu du surjet postérieur. La suture sero-sereuse est faite à la soie par une série de points séparés très rapprochés. Les vaisseaux gastriques ayant une grande tendance à saigner on doit rajouter des points séparés. En terminant, on rajoute un point de suspension séparé le long de la petite courbure pour unir les deux tranches au niveau de l'angle supérieur. Rapprochement de fragments d'épiploon. Fermeture de la paroi à la soie.

Malade revue le 19 février 1925. A engraisé de 2 kg. après sa sortie de l'hôpital, digère bien les petits repas, ne souffre plus. Se plaint seulement de constipation. Cicatrice souple, pas d'éventration.

Malade revue le 26 mai 1925. A engraisé de 5 kg. Bon appétit, aucun trouble.

Le 6 avril 1927, invitée à se présenter à la clinique pour un nouvel examen physique et radiologique, répond que, ayant quitté Paris, ne peut se déplacer à cause de son travail. Ajoute qu'elle se porte très bien depuis l'opération, ne ressentant aucun trouble. L'état de santé est très bon, elle digère très bien tous les aliments. Elle a engraisé encore de 5 kg. 500.

OBSERVATION XIX

Madame G..., 40 ans. Entrée le 14 janvier 1925.

Biloculation gastrique par ulcère.

Gastroplastie avec résection de l'ulcère. Guérison.

Entre pour douleurs siégeant à l'épigastre, irradiant en ceinture, survenant par crises dont l'apparition remonte à l'âge de 16 ans. A cette époque, a eu une crise douloureuse suivie d'une grande hématomèse de sang rouge.

A l'âge de 20 ans, nouvelle crise douloureuse accompagnée d'hématémèse, puis la malade présente une grande accalmie de 18 ans, au cours desquels elle ressent parfois des digestions pénibles ; jamais de crises douloureuses. Il y a 2 ans, a ressenti brusquement le soir une violente douleur à l'hypocondre droit qui s'est bientôt localisée à l'épigastre où elle est restée maxima. La douleur a duré quelques heures et a été calmée par application de compresses chaudes. Elle n'a été suivie ni de vomissements ni d'ictère ; 6 mois après, nouvelle crise identique. A présenté en outre deux crises de vomissements subits la réveillant la nuit.

Depuis le mois de juin présente à l'épigastre un point douloureux calmé par l'ingestion d'aliments, mais réapparaissant deux heures après les repas, ce point réveille la malade vers 2 heures du matin.

Examen. — Défense musculaire, point douloureux à l'épigastre.

Radio. — Montre une biloculation gastrique confirmée par la radioscopie.

En présence de cette masse, on fait un traitement antiluétique (12 Quinby, 15 grammes d'iodure), qui améliorent l'état général, mais n'amènent aucune modification locale contrôlée par la radioscopie.

Le 15 janvier, nouvelle radiographie montrant la même déformation vérifiée à la radioscopie.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 21 JANVIER 1925.

Diagnostic opératoire. — Biloculation ulcéreuse de l'estomac.

Nature de l'intervention. — Gastroplastie avec résection ulcéreuse.

Opérateur : Docteur CHARRIER.

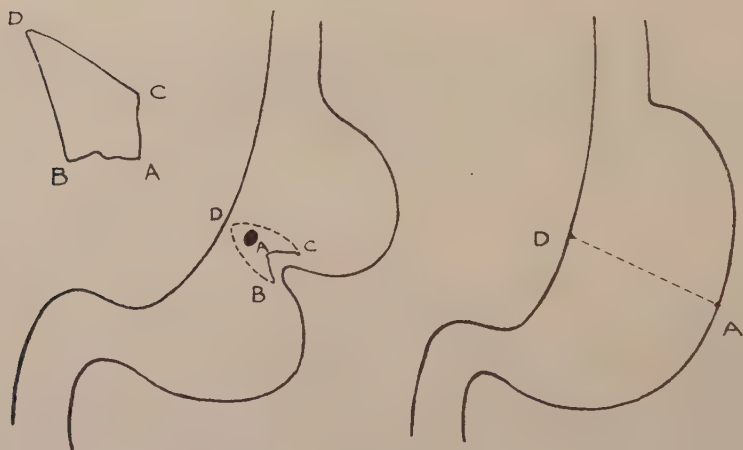


FIG. 10.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Grande périgastrite plastique avec bride étranglant l'estomac, libération.

On voit sur la face antérieure, à mi-hauteur de l'estomac, une cicatrice blanche d'ulcus ébauchant une biloculation complétée par le spasme. Résection suivant le pointillé sur la face antérieure. Bascule en bas du sommet du petit lambeau a. b. c. Suture longitudinale a. d. en trois plans. Catgut sur la muqueuse, soie sur la musculaire, soie sur le péritoine, pas de drain, paroi à la soie en deux plans.

Si besoin est on fera secondairement une G. E.

Suites sans complication pulmonaire.

Suites opératoires. — Revue le 7 avril 1927. Pas de souffrances depuis son opération, parfois petites douleurs deux à trois heures après les repas.

Etat de santé actuel satisfaisant, digère bien, mais pas tous les aliments : se trouve bien du régime. A engraisé de 5 kg. en 2 ans.

Radioscopie pratiquée le 7 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Estomac allongé, descendant à un grand travers de main au-dessous de la

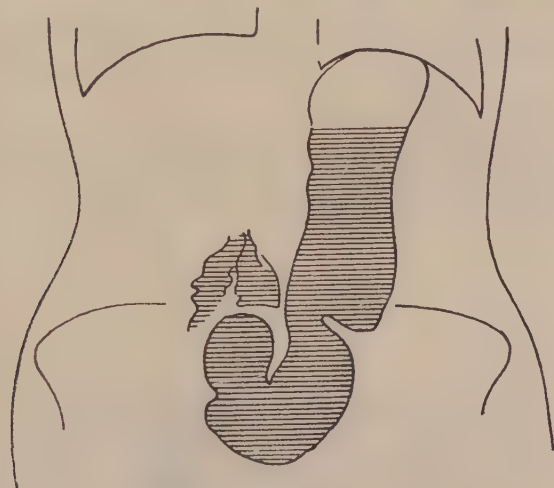


FIG. 11.

ligne des crêtes iliaques. On note, vers le tiers inférieur de la portion verticale, une incisure constante de la Grande courbure, sans niche en face sur la petite courbure.

Bonne mobilité gastrique. Evacuation normale. Légère sensibilité dans la région de la petite courbure à la hauteur de l'incisure.

OBSERVATION XX

Madame F..., 38 ans. Entrée le 10 janvier 1925, sortie le 14 février 1925. Estomac biloculaire par ulcère.

Gastroplastie. Guérison, malgré examen radioscopique peu satisfaisant.

Début il y a 15 ans par crises douloureuses gastriques, entrecoupées de phases de calme complet.

Etat actuel. — Malade qui, depuis 3 mois a des crises douloureuses gastriques, présente syndrome tardif, douleurs débutant trois à quatre heures après les repas, sans manifestations plus précoces. La crise dure deux heures (de 16 à 18 heures) ; elle cesse par un vomissement alimentaire qui soulage

la malade. Douleurs très vives, pénétrantes avec irradiation dorsale ; toutes ces douleurs sont calmées par un vomissement alimentaire très acide. A jeun le matin : régurgitations abondantes acides. Il y a un an, hématomèse, survenue la nuit sans effort, sang rutilant en grande quantité (une cuvette). Nouvelle hématomèse le lendemain à 15 heures, beaucoup moins abondante ; pas de crachats sanglants entre les vomissements, pas de melaena au moins observé directement. Amaigrissement prononcé : 5 kg. en 5 mois.

Examen. — A la palpation, douleur localisée à l'hypocondre gauche à la région gastrique, vésicule indolore.

Radiographie avant l'opération. — Aspect de sténose médio-gastrique organique. A la hauteur de cette sténose, image diverticulaire. Pas de malformation du bulbe. Stase d'une partie de la Gelobarina ingérée avant l'examen.

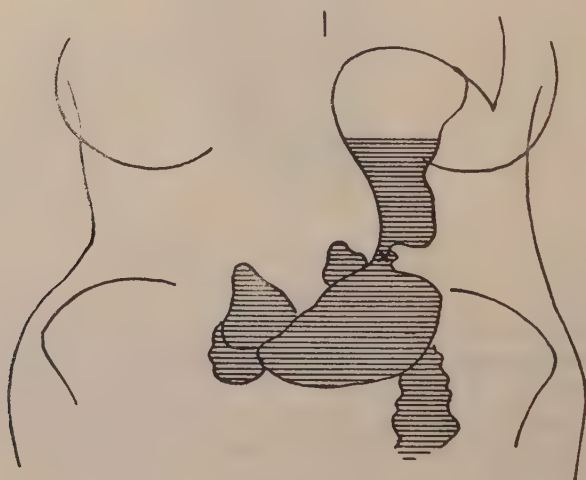


FIG. 12.

COMPTE RENDU OPÉATOIRE DU 23 JANVIER 1925.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 19 m'.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire.

Nature de l'intervention. — Gastroplastie.

Incision médiane sus-ombilicale. On voit un estomac biloculaire avec une petite poche supérieure. Il existe un canal très étroit faisant communiquer la poche supérieure avec l'inférieure. On se demande si la solution la plus simple ne serait pas de faire une incision longitudinale dans ce canal et de suturer de haut en bas. C'est ce que l'on fait et le résultat est satisfaisant. On a fait la suture au catgut chromé américain et par-dessus de la soie. Fermeture de la paroi à la soie.

Examen radiologique après opération, 13 février 1925. — A l'écran : image de l'estomac biloculaire avec diverticule typique de la petite courbure et Niche de Haudek. La gastroplastie est continente pendant une dizaine de minutes puis fonctionne régulièrement et rapidement, et la région est indolore à la palpation. Le pylore paraît fonctionner assez régulièrement.

Suites opératoires. — Revue le 31 mars 1927. Aucun trouble gastrique depuis l'opération. Bon état de santé actuel, digère bien et presque tous les aliments. A engraisé de 8 kg.

Radioscopie pratiquée le 31 mars 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Estomac biloculaire avec communication des deux poches à travers un canal étroit de calibre irrégulier, douloureux à la palpation.

Le passage du liquide opaque de la poche supérieure dans la poche inférieure semble facile et l'évacuation pylorique est normale. Pas de liquide de stase. Pas d'hypersécrétion.

OBSERVATION XXI

Monsieur L. B..., 51 ans. Entré le 14 novembre 1925.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

Depuis dix ans, grands troubles dyspeptiques : digestions douloureuses, renvois aigres, hoquets, sensation de brûlures au creux épigastrique, grande constipation.

Actuellement, douleurs une à deux heures après les repas de la durée de une demi-heure à trois quarts d'heure, calmées par vomissements alimentaires de plus en plus fréquents ; jamais d'hématémèse. Une fois melaena ? Pendant les crises douloureuses, maximum de douleurs localisées par le malade au creux épigastrique avec irradiation dans l'hypocondre gauche et sensation de brûlures très violentes. Au cours du mois de janvier 1925, le malade présente des troubles qui font penser à une encéphalite : diplopie ; amnésie ; secousses musculaires, pas de torpeurs, au contraire agitation.

Radio. — Montre un estomac d'aspect biloculaire par incisure de la Grande courbure et rétraction de la petite. Pas d'image de niche ou diverticule.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 11 DÉCEMBRE 1925.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie locale au chloroforme échauffé 26 m'.

Diagnostic opératoire. — E. B. par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Incision médiane sus-ombilicale. On voit un estomac biloculaire et un ulcus de la petite courbure ; la poche supérieure est très malade, la poche

inférieure est saine, ce qui prouve que le pylore n'a rien. On fait une gastrogastrostomie avec un surjet d'accolement à la soie, les autres au catgut chromé américain. Fermeture de la paroi à la soie. Foie cirrhotique.

Suites opératoires. — Opéré revu le 1^{er} octobre 1926. Ayant engraisé de 12 kg.

Revu le 31 mars 1927. Aucun trouble gastrique depuis l'opération. Bon état de santé actuel, digère bien et presque tous les aliments. Engraisé de 6 kg.

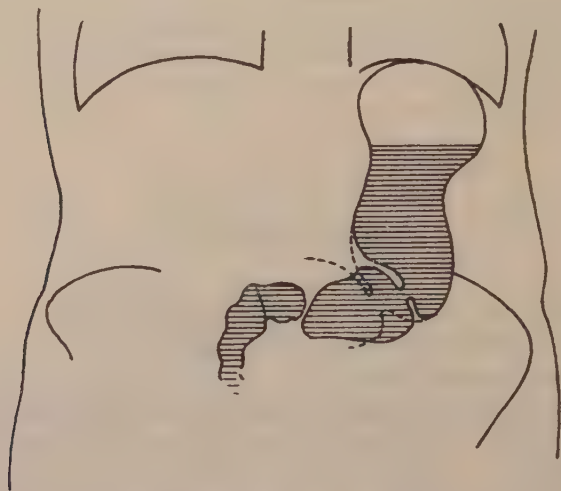


FIG. 13.

Radioscopie pratiquée le 31 mars 1927. — Estomac : la réplétion gastrique montre une biloculation avec canal de communication large de un travers de doigt situé vers la partie externe. Pas de communication le long de la petite courbure. Quand le remplissage gastrique est complet, la limite réciproque des poches devient moins nette par superposition des parties voisines et seule persiste une double incisure. Cependant par la palpation, on retrouve l'image décrite.

Evacuation gastrique normale. Pas de sensibilité à la pression, bonne mobilité.

OBSERVATION XXII

Madame T. B..., 34 ans. Entrée le 15 décembre 1925.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

Début il y a dix ans, douleurs abdominales irradiant dans la région dorsale, augmentant progressivement. Ces douleurs sont accompagnées de vomissements, surtout après les repas, quelquefois immédiatement après. Rarement quelques vomissements liquides à jeun. La malade, en outre, est très constipée. Après régime et ingestion d'alcalins, la malade est calmée. Jamais de sang ni dans les vomissements ni dans les selles. Cependant celles-ci sont un peu noires pendant un certain temps. Pas de stase. Après cette crise, la malade ne souffre presque plus, seulement quelques douleurs de temps en temps, surtout après les repas.

Il y a un mois, la malade entre à l'hôpital de la Pitié, car ses douleurs reparaissent ; quatre jours après, elle a eu un vomissement de sang.

Etat actuel. Examen. — Malade un peu amaigrie, point épigastrique douloureux, pas d'onde péristaltique, ni tension intermittente.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 23 DÉCEMBRE 1925.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 18 m'.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Incision médiane sus-ombilicale. On voit un ulcère de la petite courbure produisant une biloculation de l'estomac. Le pylore est normal. On fait une gastro-gastrostomie à la soie pour le surjet d'accolement au catgut chromé américain pour les autres. La poche supérieure contenant du liquide, on est gêné pour l'anastomose. Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires. — Revue le 2 avril 1927. Six mois après l'opération, vomissements pendant 8 jours attribués par la malade à des excès de fatigue et peut-être à abus d'alimentation, puis plus rien. Pas de douleurs ni autres troubles.

Actuellement se porte bien, digère bien et à peu près tous les aliments.

A engraisé de 3 kg.

Radioscopie et radiographie pratiquées le 7 avril 1927 (Docteur LEDOUX-LEBARD). — Les premières gorgées du liquide opaque ingéré remplissant la poche supérieure qui est petite et présente à sa partie inférieure une image d'aspect diverticulaire qui paraît pendue à la partie inféro-interne.

Au bout de quelques minutes, apparaît une tache opaque séparée de

la poche supérieure par un intervalle de deux travers de doigt environ, tache qui s'accroît lentement et finit par dessiner le bas-fond de la poche gastrique inférieure.

Les deux segments gastriques semblent unis par un canal étroit, peu visible, placé à la partie externe et antérieure. La palpation et les mouvements

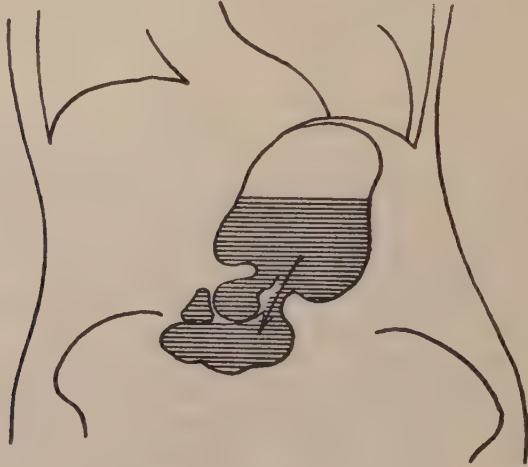


FIG. 14.

respiratoires montrent que la poche supérieure reste bien mobile, mais la poche inférieure et le canal de communication semblent fixés.

Péristaltisme visible au niveau de la poche inférieure non exagéré.

Evacuation pylorique un peu lente. Bulbe duodénal petit. Pas de sensibilité à la pression.

OBSERVATION XXIII

Madame B..., 53 ans. Entrée le 1^{er} juin 1926.

Estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure.

Gastro-gastrostomie. Amélioration presque complète.

Souffre de l'estomac depuis très longtemps. En 1915, vers le mois de janvier, début des crises douloureuses, aussitôt après les repas, survint une douleur au creux épigastrique avec irradiation dans le dos. En même temps, nausées suivies de vomissements calmant la douleur. La malade maigrit.

En 1926 vers la fin du mois de janvier, des crises analogues aux premières. Vers fin mars les douleurs deviennent plus fortes. Actuellement étant

au régime lacté ne souffre plus. Jamais de vomissements de sang. Constipation habituelle.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 7 JUIN 1926.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther 18 m'.

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire par ulcus de la petite courbure.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Incision médiane sus-ombilicale. On voit une biloculation très nette de l'estomac par ulcus de la petite courbure. La poche inférieure est assez grande ; elle représente le tiers de l'estomac ; la poche supérieure les deux tiers. L'estomac ne vient pas très facilement au dehors, on fait une gastro-gastrostomie à la soie pour le surjet d'accolement ; au catgut chromé Celer pour les autres. La bouche n'est pas très grande. La vésicule est normale. Fermeture de la paroi à la soie avec des points en U sur le péritoine, avec des points séparés sur les muscles, soies sur la peau.

Suites opératoires. — Ayant quitté Paris ne peut se soumettre à la radioscopie. Écrit qu'après l'opération ne souffre d'aucuns troubles gastriques, sauf parfois de petites douleurs après les repas, pas de vomissements.

Bon état de santé actuel, digère bien mais pas tous les aliments, est obligée, pour ces douleurs, de suivre un régime dont du reste elle se trouve bien. Engraissé de quelques kg.

OBSERVATION XXIV

Madame P. A..., 45 ans. Entrée le 21 janvier 1927.

Estomac biloculaire par ulcère.

Gastro-gastrostomie. Guérison.

Depuis l'âge de 18 ans, présente des crises douloureuses à horaire tardif, survenant deux à trois heures après les repas, parfois dans la nuit ; rien le matin. Douleur épigastrique irradiant dans le dos, très intense, s'accompagnant de vomissement alimentaire et bilieux. Il n'aurait contenu de sang que dans les toutes premières crises, pas de melaena. Les vomissements calment la douleur, de même que l'ingestion de poudres blanches. Ces crises étaient séparées par des intervalles de calme complet pendant lesquels la malade aurait pu se croire guérie.

A l'examen. — Douleurs dans le triangle épigastrique gauche, à la palpation profonde ; douleur au point de Mac-Burney.

Radio. — On voit l'estomac divisé en deux poches : une supérieure assez volumineuse séparée de la poche inférieure plus petite par un couloir rétréci occupant la petite courbure.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE DU 2 FÉVRIER 1927.

Opérateur : Professeur GOSSET. — Anesthésie à l'éther

Diagnostic opératoire. — Estomac biloculaire par ulcus.

Nature de l'intervention. — Gastro-gastrostomie.

Incision médiane sus-ombilicale. On trouve un estomac biloculaire par ulcère avec une grande poche supérieure et une grande poche inférieure. Le pylore est perméable. On fait une gastro-gastrostomie à la soie pour le surjet d'accolement, au catgut chromé de l'Assistance pour les autres.

Fermeture de la paroi à la soie.

Suites opératoires. — Revue le 31 mars 1927. Etant de passage à Paris pour quelques heures seulement n'a pu se soumettre à l'examen radioscopique. Se porte très bien, aucun trouble gastrique depuis l'opération, digère bien et tous les aliments (même les choux) mais ordinairement, par précaution, suit un régime à base de purées, viandes rôties, compotes.

Engraisé de quelques kilogs.

=====

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

24 malades porteurs d'estomac biloculaire par ulcère de la petite courbure ont été opérés à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière. 23 ont été examinés directement ou ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé. Un des opérés, Gastroentérostomie (observation 7), n'a pas répondu.

Les opérations pratiquées ont été :

- 1) — 8 *Gastroentérostomies*, dont deux antérieures et six postérieures.
De ces 8 opérés, 7 sont restés guéris après un intervalle de plusieurs années.
Un de ces opérés n'a pas répondu à la demande de renseignements (observation 7).
- 2) — 13 *Gastro-gastrostomies*, dont les résultats éloignés sont :
8 guérisons.
2 sans amélioration (observation 9, Gastro-gastrostomie de largeur insuffisante ; observation 10, évolution de l'ulcère).
3 malades sont décédés : deux ans après l'intervention (observation 6) ; un an après l'intervention (observation 14) ; 14 mois après l'intervention (observation 17).
- 3) — 1 *Résection annulaire* suivie de guérison.
- 4) — 2 *Gastroplasties* suivies de guérison.
En résumé, 23 suites éloignées sont connues, avec :
18 guérisons ;
2 sans amélioration ;
3 décès de cause inconnue.

Pour les opérés des observations 6 et 14, dont la mort est survenue deux ans après et un an après la Gastro-gastrostomie, la cause du décès est inconnue. Elle est probablement due à une tuberculose généralisée chez la malade de l'observation 17, opérée de Gastro-gastrostomie et ultérieurement de libération d'adhérences.

L'ensemble de ces résultats montre la Gastro-gastrostomie et la Gastroentérostomie apportant la guérison dans les trois quarts des cas (15 guérisons : 0.75 %). Ce pourcentage de guérisons est probablement plus élevé, puisque nous comptons comme non améliorés, trois opérés dont la cause du décès est inconnue.

DISCUSSION

L'ensemble de ces résultats montre ainsi que la Gastroentérostomie et la Gastro-gastrostomie sont de bonnes opérations de l'estomac biloculaire au double point de vue des résultats immédiats et éloignés. L'opération la plus satisfaisante nous paraît être la Gastro-gastrostomie.

D'autres opinions de chirurgiens de valeur sont importantes à connaître. P. DUVAL considère que la Gastrectomie annulaire et les résections ont une supériorité incontestable sur toutes les autres méthodes. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.* 1914, pp. 790-798).

Ce n'est que lorsque la résection est impossible que la Gastro-gastrostomie ou la Gastroentérostomie seront indiquées.

De bons résultats de la résection médiogastrique ont été publiés par LECÈNE (dans le *Journal de Chirurgie* 1921, T. XVII, pp. 1, 8) deux opérés, après sept ans et dix ans et demi, ont été revus en parfaite santé, n'ayant présenté aucun trouble gastrique dans l'intervalle.

Dans un mémoire récent, UNGER et GLASSCHEIB (*Zur Behandlung des organischen Sanduhrmagen en Arch. f. Verdounng Krankch.*, 1926, T. XXXVII, pp. 371, 385) arrivent à la conclusion que la méthode de choix est la résection. Ces auteurs ont pratiqué 42 résections transversales avec 4 morts opératoires : (trois par désunion des sutures, une par embolie pulmonaire) ; 9 Gastrectomies suivies de Billroth avec 3 morts opératoires : une par shock ; une par hémorragie secondaire ; une par désunion des sutures : en tout 7 malades ont succombé sur 49, c'est-à-dire une mortalité opératoire de plus de 14 %.

Et la résection médiogastrique ne met pas à l'abri des récides, puisque les auteurs rapportent qu'après simple résection transversale de l'estomac, REDWITZ a constaté des récides dans 9 % des cas ; EISELSBERG jusqu'à 14 %. Aussi des résections plus étendues ont-elles été proposées de manière à abaisser le taux de sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Pour en revenir aux résultats éloignés de la résection médiogastrique, UNGER et GLASSCHEIB sur 31 résultats observés de cette opération

ont eu 23 guérisons, et 8 opérés se plaignent à des degrés divers de sensation de plénitude et de douleurs dorsales avec hypersécrétion.

L'examen radioscopique a révélé chez ces derniers l'existence d'une poche prépylorique : pylore haut situé, avec évacuation retardée.

Ils conseillent à l'opération : de sacrifier un fragment de la Grande courbure vers le pylore, de manière à éviter la formation de cette poche prépylorique. Le Billroth I n'a pas donné entre leurs mains de résultats satisfaisants, l'expérience a démontré qu'il se forme un rétrécissement à l'endroit de la suture, d'autant plus marqué que la tension des sutures était plus prononcée, de sorte qu'ultérieurement, il faut faire une Gastroentérostomie pour pallier à la sténose du nouveau pylore.

Les Maijo ont pratiqué 27 fois la résection médiogastrique avec 13 guérisons éloignées. Ce nombre 27 est peu élevé si l'on considère qu'il y a eu 187 opérations pour estomac biloculaire. Le reste est fourni par les Gastro-gastrostomies, Gastroentérostomies et surtout par un très grand nombre de *plasties* avec le plus souvent excision ou cautérisation de l'ulcère de la petite courbure.

CONCLUSIONS

1^o Au cas de sténose médiogastrique par ulcère, trois sortes d'opérations peuvent être pratiquées :

des anastomoses,
des plasties,
des résections.

2^o Le procédé chirurgical dépend en premier lieu de l'existence ou non d'une sténose pylorique.

3^o *S'il existe une sténose ou un ulcère pylorique*, on ne peut faire ni plasties, ni Gastro-gastrostomie, ni résection annulaire. L'opération sera de préférence une gastroentérostomie ; et quand les conditions seront excellentes : une gastrectomie étendue au pylore.

4^o *Si le pylore est perméable* : l'opération la plus simple et la meilleure nous paraît être la Gastro-gastrostomie, à condition d'avoir suffisamment d'étoffe sur les deux poches pour la pratiquer dans des conditions de largeur nécessaire à un bon fonctionnement.

Si ces conditions ne sont pas réalisées, la gastroentérostomie sur la poche supérieure, de préférence postérieure transmésocolique, est une opération bénigne suivie de bons résultats.

Les Gastropplasties (FINNEY-MAIJO) donnent également de bons résultats, surtout quand elles sont combinées à l'excision de l'ulcère.

La résection médiogastrique demande des conditions qui, dans la pratique, sont réalisées difficilement. Elle présente une mortalité opératoire à considérer. Nous ne la croyons pas supérieure, dans ses résultats éloignés, à la Gastro-gastrostomie.

VU Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
A. GOSSET.

VU et PERMIS d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

VU
Le Doyen,
H. ROGER.

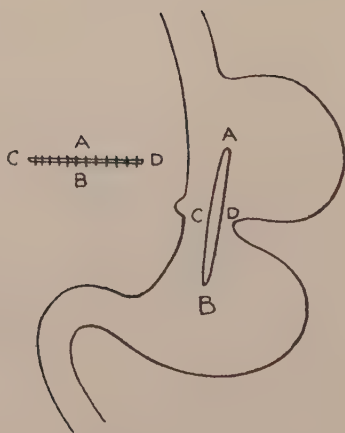
Procédés opératoires employés
dans le traitement chirurgical
de l'Estomac biloculaire



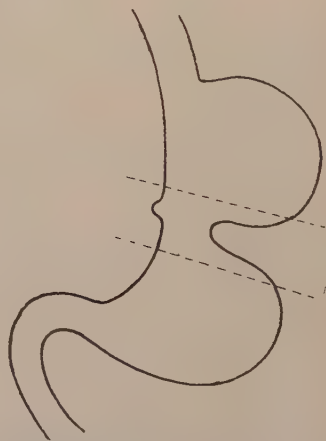
Gastro-gastrostomie.



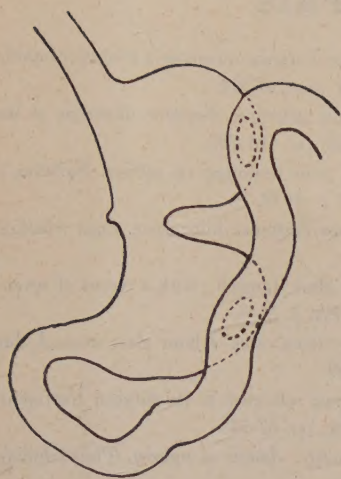
FINNEY.



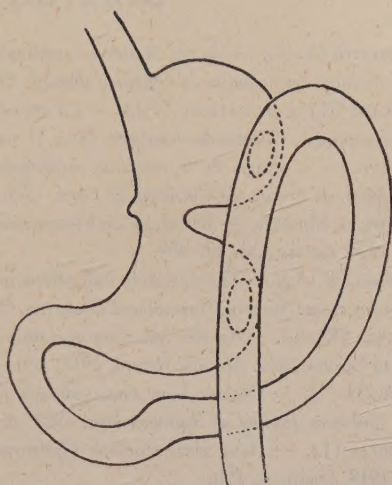
Gastroplastie avec ou sans excision de l'ulcère



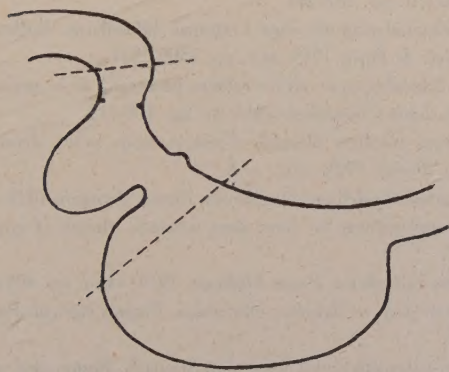
Réséction Médico-gastrique annulaire,
« en manchette ».



Double G. E. antipéristaltique
sur les deux poches.



Double G. E. isopéristalt. (GIBSON. *Annales of Surgery*, 1923). (MUCHEOD, *Brit. M. J.*, 1920).



Ulcère bas situé : Gastropyloroplastie suivie
de Polya, de Bilroth I ou II.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIVISATOS (A.-S.). — Un cas de sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse à évolution rapide. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1921, XI, pp. 330-334.
- ANTOINE (E.) et DE MARTEL (Th.). — La sténose medio gastrique d'origine ulcéreuse et son traitement. *Gazette des hôpitaux*, 19 et 21 juin 1923, pp. 281-790.
- AUVRAY. — A propos de la résection médiogastrique pour l'estomac en sablier. *Bulletins et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1920, XLVI, p. 1470.
- DELORE et MICHON. — Du choix de l'intervention dans l'estomac biloculaire. *Lyon Médical*, 1924, CXXXIII, pp. 407-409.
- DOWNES (W.-A.). — The operative indications in hour glass stomach ; with a report of seventeen cases. *Surgery, Gynecol and Obstetrics*, 1918, XXVI, p. p1-8.
- DOWNES (W.-A.). — Results following operation in seventeen cases of hour glass stomach due to benign ulcer. *Medical Record*, 1917, XCII, p. 1009.
- DOUB (H.-P.). — Organic hour glass stomach with some reference to its surgical treatment. *American Journal of Roentgenology*, 1924, n. sér. IX, pp. 67-73.
- DOUGLAS (J.). — Hour glass stomach Gastro-gastrostomy. *Annals of surgery*. (Philadelphia), 1918, LXVIII, p. 106.
- DUVAL (P.). — Indications des différents procédés opératoires dans le traitement de l'estomac biloculaire. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1914, n. sér., XI, pp. 790-798 et 826-835.
- GAMBERINI (C.). — Sopra alcuni interventi per stomaco a clessidra. *Archivio italiano di chirurgia*. (Bologna), 1922-23, VI, pp. 347-364.
- GIBSON (C.-L.). — Treatment of hour glass stomach by double gastroenterostomy. *Annals of surgery*, 1923, LXXVIII, pp. 587-593.
- GOULLLOUD. — De l'hémigastrectomie dans l'estomac biloculaire. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1919, XLV, pp. 1509-1521.
- LAGOUTTE. — Estomac biloculaire par ulcère calleux pénétrant de la petite courbure ; résection médiogastrique. *Lyon Chirurgical*, 1914, XI, pp. 108-112.
- LECÈNE (P.). — Quelques résultats éloignés d'interventions pour ulcères méso-gastriques. *Journal de Chirurgie* (Paris), 1921, XVII, p. 8.
- MAIJO (C.-H.). — Hour glass stomach and duodenum. *Annals of surgery*, 1925, LXXXI, pp. 313-321.
- MEYER (W.). — Gastro-gastrostomy for hour glass stomach. *Annals of surgery* (Philadelphia), 1918, LXVIII, p. 97.
- PAUCHET (V.). — Estomac biloculaire. *Presse Médicale*, 1919, XXVII, pp. 405-407.
- RAMOND (F.) et JACQUELIN (C.). — Estomac biloculaire. *Progrès médical* (Paris), 1921, 3^e série, XXXVI, pp. 265-267.
- ROSE (W.-H.). — Gastro-enterostomy for hour glass stomach. *Boston med. and surgery Journal*, 1921, CLXXXV, pp. 597-599.
- THOMAS (W.-T.). — Observations on fifty cases of hour-glass stomach subjected to operation. *British Journal of surgery* (Bristol), 1921, IX, pp. 37-41.
- WALTONS (A.-J.). — The treatment of hour glass stomach. *Surgery, Gynecology and Obstetric*, 1919, XXIX, pp. 213-221.
- E. UNGER et S. GLASSCHEIB. — Zur Behandlung des organischen Sanduhrmagens. *Arch. f. Verdaug Krankh.*, 1926, XXXVII, pp. 371-385.

